Gugus Opini

KESEHATAN MASYARAKAT

Editor

Agung Dwi Laksono

Ilham Akhsanu Ridlo - Pulung Siswantara - Ridwan Amiruddin
Rachmad A. Pua Geno - Siti R. Nadhiroh - Agus Samsudrajat S.
Rauf Rahim - Fenny Raharyanti - Afiati H. Kresnawati
Zuardin - Purwo Setiyo Nugroho - Agung Dwi Laksono

Gugus Opini
Kesehatan Masyarakat
#3

Editor:
Agung Dwi Laksono

Ilham Akhsanu Ridlo - Pulung Siswantara - Ridwan Amiruddin
Rachmad A. Pua Geno - Siti R. Nadhiroh - Agus Samsudrajat S.
Rauf Rahim - Fenny Raharyanti - Afiati H. Kresnawati
Zuardin - Purwo Setiyo Nugroho - Agung Dwi Laksono

Health Advocacy

PENGANTAR
KETUA UMUM PERSAKMI

Salam sehat!

Selaku Ketua Umum Persakmi terpilih pada Munas Padang untuk periode 2017-2021, saya sangat mengapresiasi untuk terbitnya buku ke tiga Kesehatan masyarakat yang diinisiasi oleh penulis muda berbakat anggota Persakmi dari berbagai wilayah. Terbitnya buku ini akan memberi nuansa baru bagi perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia. Buku yang ada di tangan saudara ini membahas berbagai isu kesehatan yang berkembang di masyarakat, yang sebagian besar telah terbit sebagai artikel opini di berbagai media yang terpercaya di Indonesia.

Tujuan diterbitkannya buku ini diantaranya sebagai upaya literasi bidang kesehatan kepada masyarakat luas. Menyiapkan bahan bacaan dari perspektif yang lebih variatif dan lebih *fresh* dari analisis yang tajam berdasarkan isu mutakhir yang berkembang di masyarakat. Ulasan-ulasan pada tiap artikel tentu sangat menarik untuk ditelaah secara seksama, sehingga kita dapat memperoleh manfaat yang sedalam dalamnya.

Mengacu pada perkembangan mutakhir gelombang ke-lima *public health* yang menempatkan aspek sosio kultural sebagai determinan utama; kehadiran buku ini menjadi pilihan untuk menelusuri aspek sosio kultural dalam

literasi kesehatan. Sehingga pembaca dapat menempatkan bahwa sesungguhnya kesehatan yang dipengaruhi diantaranya oleh *lifestyle* dapat memiliki pegangan yang kuat untuk menempatkan gaya hidup sehat sebagai *default* dalam berfikir, bersikap dan bertindak.

Buku ini akan menjadi salah satu *mile stone* tumbuh kembangnya keilmuan kesehatan masyarakat di Indonesia. Karena itu menjadi sangat penting untuk ditelaah secara seksama. Sehingga memberikan nilai konstruktif yang bermakna bagi masyarakat luas.

Surabaya, 01 Oktober 2017

Ketua Umum Persakmi

Prof. Ridwan Amiruddin, SKM

DAFTAR ISI

"Ini tugas berat… tentu saja!
Karena itulah kita ada…"

(ADL)

ParadigmaBaru

Inovasi Pelayanan Kesehatan

Ridwan Amiruddin

Membaca hasil PISA (*Program for International Student Assessment*), yang mengukur kompetensi siswa yang berumur 15 tahun yang bersekolah, menempatkan siswa Indonesia dalam kategori yang menyedihkan sebagai siswa yang "bodoh tapi bahagia" oleh Pisani (2013). Hal ini karena Indonesia berada dalam urutan ke 60 dari 64 negara yang di survei, tetapi memiliki skor kebahagian yang tinggi.

Tentu hasil tersebut memiliki banyak memiliki kontroversi. Paling tidak kita bisa melihat bahwa ada yang

tidak beres dalam pengelolaan pembangunan kualitas manusia Indonesia.

Miskinnya terobosan baru pembangunan sektor kesehatan berdampak pada stagnasinya hampir semua indikator pembangunan kesehatan. Arah pembangunan yang diharapkan ke hilir dengan kebutuhan pekerja terampil yang banyak, tidak banyak memberi akselerasi dalam percepatan pembangunan.

Bonus demografi yang melimpah justru dikhawatirkan menjadi bencana demografi yang siap meledak, bila tidak dikelola dengan maksimal. Lihatlah berbagai masalah kesehatan dan kependudukan diantaranya; stunting, gizi kurang, gizi lebih, kawin muda, kematian ibu anak, lonjakan penyakit degeneratif, kekerasan tingkat rumah tangga, HIV dan AIDS, narkotika, penggunaan tembakau, hingga ancaman serangan virus Zika (*new emerging infectious disease*). Hal tersebut terus menggerogoti potensi sumber daya manusia Indoenesia. Sumber daya manusia Indonesia terseret menjauh dalam indikator IPM se-Asean.

Rantai masalah yang maha dahsyat tersebut membuat institusi kesehatan, pendidikan, dan kependudukan sepertinya kehilangan *power* menghadapi semua itu. Institusi menjadi gaduh sendiri dan kehilangan orientasi mensejahterakan masyarakat. Tentu semua itu telah terjadi beberapa dekade sebelumnya, sehingga kehilangan momentum arah pembangunan kerja menjadi

kabur tak berujung dan antar institusi saling menyalahkan dan melempar tanggung jawab.

Akar masalah sektor pembangunan kesehatan dan kependudukan tidak terlepas dari aspek struktural, kultural, individu dan layanan kesehatan yang tersedia. Rantai birokrasi yang berbelit-belit, otonomi daerah yang tidak berjalan optimal, penyimpangan pengelolaan anggaran yang terus merambah dari pusat hinggah ke daerah. Kondisi struktural ini menjadi akar tunggang lemahnya konstruksi pembangunan kesehatan di daerah. Sektor pembangunan kesehatan terlihat nyata menggunakan pendekatan vertikal yang kurang berdampak pada daya ungkit perbaikan status kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya.

Secara kultural, penyelenggara pembangunan sektor kesehatan kurang memahami budaya masyarakat yang dilayaninya sehingga pesan pembangunan kesehatan untuk hidup sehat tidak sampai dengan baik di masyarakat. Hal ini tentu disebabkan karena barier komunikasi yang tidak terselesaikan dengan berbagai alasan.

Metoda penyampaian pesan yang kuat tidak disertai dengan inovasi yang tepat. Petugas gagap melayani masyarakatnya, sebagian sudah merasa berbuat yang terbaik, namun status kesehatan tidak mengalami perubahan yang signifikan.

Koordinasi dengan sektor lain sangat lemah, sementara diketahui dengan baik bahwa sekira 60% penyelesaian aspek kesehatan sendiri berada diluar sektor

kesehatan dengan alasan pengelolaan anggaran yang berbeda. Sehingga masing-masing sibuk dengan programnya, dan ternyata tujuan akhir pembangunan semakin menyimpang dari tujuan awalnya.

Secara individu, terjadi hal yang menarik melihat indikator kesehatan; gaya hidup masyarakat sebagai salah satu determinan sosial, ternyata telah terjadi sesat pikir, sesat bersikap dan sesat bertindak.

Lihatlah belanja masyarakat terhadap tembakau menjadi nomor dua setelah beras. Tembakau telah menjerat negeri ini ke jurang kematian sekian banyak penduduk setiap tahun. Konsumsi narkotika menjadi epidemi di hampir seluruh wilayah, stroke dan cardiovaskuler menjadi penyebab kematian terbesar di Indonesia, dengan kelompok populasi yang semakin muda usianya. Telah terjadi percepatan (*early transition*) penyakit menular ke penyakit tidak menular.

Mencermati hal tersebut, terdapat dua jalur determinan yaitu; kalau populasi kaya yang terserang, salah satu sebabnya adalah pola makan yang keliru. Jika populasi miskin yang diserang maka sebab utamanya adalah prevalensi penggunan tembakau yang sangat tinggi.

Mencermati akar masalah tersebut, sangat diperlukan pendekatan baru dalam membangun manusia Indonesia yang sehat. Untuk itu tawarannya adalah; Penguatan sistem pembangunan kesehatan sebagai program inter disiplin dalam kesetaraan antar profesi, penguatan potensi kultural

wilayah, penguatan pola berfikir sistem dan *leadership* di ujung tombak layanan kesehatan.

Tidak melihat sektor kesehatan seperti kacamata kuda; semuanya akan selesai dengan hanya menyiapkan Puskesmas, dokter dan obat. Hal inilah penghambat utama pembangunan kesehatan Indonesia berkemajuan.

Institusi kesehatan lebih mengedepankan kuratif sebagai mashab utamanya sehingga, urusan pembangunan kesehatan di negeri ini ibarat menggantang asap di langit, menabur garam di laut, hilang tak berbekas, sembuh seorang sakit serumah.

Orientasi kesehatan masyarakat yang sesungguhnya kurang dipahami dengan baik oleh pengambil kebijakan. Dan tentu ini akan berdampak jangka panjang terhadap eksistensi kualitas manusia Indonesia masa depan.

Untuk aspek kultural, ini terkait dengan mental model pelayanan kesehatan di masyarakat. *Provider* sebagai pelayan kesehatan, perlu mengubah orientasinya dalam melayani masyarakat dengan sepenuh hati. Perubahan mental model petugas kesehatan menjadi sangat urgen untuk merespon tuntutan layanan kesehatan yang semakin berkualitas.

Pemanfaatan teknologi selanjutanya tentu sudah disadari bersama, bahwa permasalahan kesehatan yang segudang ini membuat penyelenggara kesehatan tak berkutik, apalagi dengan hanya mengandalkan penyelesaian manual. Untuk itu sangat mendesak kita melakukan

lompatan berfikir melampaui masalah hari ini. Pendekatan penyelesaian masalah berbasis akar masalah (*evidence base problem*) menjadi pilihan strategis, sinergi intelektual dengan praktisi menjadi keharusan untuk melihat masalah secara holistik. Dengan kajian akademik yang matang, pendekatan politik yang jitu maka program intervensi kesehatan akan menjadi lebih efektif dan efisien.

Demikian sumbangsih refleksi mencermati kegaduhan kabinet kerja bidang kesehatan, yang sepi inovasi tepi penuh problematika.

Keterangan:

1) Dimuat di Harian Tribun Timur Makassar, Edisi 5 September 2016.
2) Guru Besar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hassanudin.
3) Ketua Umum Pengurus Pusat Persakmi.

Pentingnya Peran SKM untuk Negari

Agus Samsudrajat S.

Lahirnya Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) di Indonesia seakan menjadi nafas baru bahkan inspirasi bagi dunia akan kebuntuan masalah kesehatan. SKM melalui inovasi tenaga Kesehatan mewujudkan cita cita bangsa melalui paradigma sehat.

Fokus paradigma sehat sesuai rencana pembangunan jangka menengah nasional (2015-2024) adalah meningkatkan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif. Promotif merupakah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih

mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan (menjaga/mengupayakan untuk tetap atau kembali hidup sehat). Sedangkan preventif merupakan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.

Hal tersebut menjadi salah satu dasar SKM dilahirkan sebagai tenaga kesehatan khusus, yang fokus utamanya upaya promotif dan preventif. Sedikitnya empat tahun SKM dibekali ilmu dan seni (praktek belajar langsung di masyarakat) untuk mencegah/memberantas penyakit, meningkatkan efisiensi hidup masyarakat melalui upaya kelompok-kelompok masyarakat terkoordinasi, perbaikan kesehatan lingkungan, dan melakukan pendidikan kesehatan untuk masyarakat/perorangan melalui pemberdayaan masyarakat. Sehingga SKM merupakan tenaga khusus yang secara fungsi bertanggung jawab terhadap seluruh masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit. Hanya fokus utamanya pada upaya kesehatan masyarakat melalui promotif dan preventif.

Berbeda dengan tenaga medis (dokter, perawat, bidan) yang fokus dan fungsi utamanya pada upaya kesehatan perorangan melalui upaya kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan/perbaikan). *“Pihak yang paling tepat menjadi koordinator dalam upaya promotif dan preventif adalah sarjana kesehatan masyarakat (SKM), namun tenaga kesehatan masyarakat belum ada di Puskesmas itu,”* ujar seorang dokter Puskesmas di Kabupaten

Kapuas Hulu saat diwawancarai oleh media nasional 18 April 2015 lalu.

Produksi dan peminat SKM saat ini tersebar di berbagai pulau, provinsi, pota bahkan hingga ke pelosok kabupaten kecil dan perbatasan negeri. Totalnya sudah mencapai lebih dari 170 bahkan mendekati 200 perguruan tinggi.

Bayangkan jika setiap tahun 170 kampus meluluskan 100 SKM saja, maka setiap tahun bangsa ini memiliki 17.000 SKM siap pakai. Hal tersebut menjadi bukti sekaligus jawaban awal dan dasar bahwa SKM telah terbukti memiliki posisi dan peran penting di masyarakat dan pelayanan kesehatan.

Sangat disayangkan jika potensi besar itu tidak dimanfaatkan dengan baik. Meski sekilas pentingnya posisi dan peran SKM sebagai tenaga kesehatan baru sampai pada tataran niat pengadaan dan produksinya saja.

Kewajiban bangsa dan kita bersama bahwa pentingnya posisi dan peran SKM juga baiknya diimbangi dengan meningkatnya upaya pemberdayaan atau pendayagunaan SKM sebagaimana mestinya yaitu sebagai tenaga kesehatan masyarakat. Amanah besar dalam Undang-Undang (UU) Kesehatan dan UU Tenaga Kesehatan bahwa pemerintah pusat dan pemerintah daerah wajib memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan (SKM) baik dalam jumlah, jenis, maupun kompetensi secara adil dan merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan.

Kajian Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) 2005 baik di daerah tertinggal maupun tidak tertinggal menyimpulkan bahwa belum optimalnya pendayagunaan tenaga kesehatan (termasuk SKM sebagai tenaga kesmas). Persentasi tertinggi ada pada masalah terbatasnya formasi, kemudian masalah dana yang terbatas dan masalah regulasi.

Dalam laporan kajian perencanaan kebijakan tenaga kesehatan bapenas 2005, sasaran rasio SKM per penduduk mencapai 49 SKM/100.000 penduduk. Hal itu berarti pemerintah memiliki target pada tahun 2010 setiap dua ribu empat puluhan (2.040-an) minimal ada satu (1) SKM sebagai tenaga kesehatan masyarakat.

Sesuai dengan UU desa bahwa jumlah penduduk untuk Jawa setidaknya paling sedikit 6000 penduduk. Artinya jika pakai target rasio SKM/penduduk yang sama seperti tahun 2010 (49 SKM/100.000 penduduk) dengan batasan wilayah Desa, maka sedikitnya ada tiga (3) SKM yang ditugaskan dalam satu Desa dengan perkiraan 6.120 penduduk. Faktanya beberapa Desa di Jawa ada yang memiliki jumlah penduduk 17.000-19.000 penduduk setiap satu desanya.

Jika satu desa (-+ 6.120 penduduk) memiliki 3 SKM dan diketahui data jumlah desa ada 72.944 desa dan 8.309 kelurahan (Permendagri no.18 th 2013), maka setidaknya kebutuhan SKM di Indonesia merupakan hasil penjumlahan total desa dan kelurahan yaitu 72.944+8.309 = 81.253

desa/kelurahan dikali (X) 3 SKM = 243.759 SKM. Dengan demikian jika memakai target rasio SKM 49/100.000, kebutuhan SKM mencapai 243.759 SKM. Perhitungan tersebut didasarkan bahwa seluruh desa dan kelurahan memiliki penduduk yang sama. Faktanya setiap desa dan kelurahan di seluruh indonesia memiliki jumlah penduduk yang berbeda.

Sehingga untuk memenuhi target tersebut disarankan kepada seluruh pihak penentu kebijakan khususnya pemerintah daerah dari level provinsi sampai Desa untuk bisa bersinergi menyesuaikan target rasio SKM/penduduk (49/100.000) disetiap desa dan kelurahan di daerah masing masing (Provinsi, Kabupaten/Kota) dengan mempertimbangkan jumlah penduduk dalam satu desa dan kelurahan.

Apalagi dengan hadirnya UU Desa tahun 2014 menjadi sebuah suntikan harapan dan kekuatan baru bagi Desa untuk menguatkan sistem pembangunan Desa. Amanah UU desa secara jelas dan tegas mengatakan bahwa pembangunan desa bidang kesehatan seperti pengelolaan Pos Kesehatan Masyarakat Desa, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, Posyandu dan pemberdayaan masyarakat menjadi sebuah tanggung jawab pemerintah desa sekaligus menjadi amanah bersama pemerintah daerah dan pemerintah pusat.

Sesuai dengan latar belakang pendidikan dan keilmuanya, tentu tugas dan peran utama SKM di Desa/Kelurahan adalah fokus pada upaya kesehatan

masyarakat melalui upaya-upaya promotif preventif di desa dan kelurahan.

SKM sebagai tenaga kesehatan wajib dan pokok di Puskesmas dan Pos Kesehatan Desa atau Pos UKM Desa dan kelurahan sebagaimana yang sudah tetapkan di DKI jakarta dan Kabupaten Wonosobo melalui peraturan daerah (perda).

Peran SKM di desa dan kelurahan sebagaimana dalam perda yang ada di DKI dan Wonosobo tentang Sistem Kesehatan Daerah, SKM sebagai sebagai ahli kesehatan masyarakat dapat berperan mendesain sistem pembangunan desa, terutama bidang kesehatan, sebagai pembina dan pendamping pemberdayaan kader kesehatan dan masyarakat, tenaga/ahli surveilans, promosi kesehatan, gizi masyarakat, sanitarian, administrasi kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja.

Hadirnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 tahun 2015 tentang pedoman penyusunan perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan menjadi alternatif rujukan baru terkait target rasio tenaga kesehatan per penduduk. Kebijakan baru tersebut mengubah target yang sebelumnya tahun 2010 rasio SKM 49/100.000 menjadi 16/100.000 tahun 2019. Kalaupun dihitung-hitung kembali rasio SKM 16/100.000 maka 1 SKM paling tidak untuk 6.250 penduduk. Artinya jika pakai standar minimal dalam UU Desa jumlah desa minimal 6000 an penduduk maka satu desa setidaknya memiliki 1 SKM.

Tetapi kebijakan tahun 2015 tersebut sebaiknya tidak dijadikan alternatif rekomendasi utama, karena khusus untuk SKM target rasio per penduduk kurang sejalan dengan kajian, studi dan referensi nasional maupun internasional bahwa keberhasilan pembangunan kesehatan, selain pembiayaan, 80% ditentukan oleh tenaga kesehatan baik jenis maupun jumlahnya yang dapat berdampak positif bagi kualitas pelayanan kesehatan masyarakat.

Justru yang sebaiknya menjadi rekomendasi pertama ialah target rasio SKM adalah 49/100.000. Hal tersebut sejalan dengan rekomendasi *World Health Organization* (WHO) tahun 2010 dalam laporan yang berjudul *"The World Health Organization 2010 Global Policy Recommendations – Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention",* yang merekomendasikan untuk memberdayakan berbagai jenis tenaga kesehatan di daerah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat.

Fakta di lapangan antara jenis dan jumlah tenaga kesehatan masih belum seimbang, dan justru beberapa jenis profesi tertentu masih menjadi prioritas. Hal inilah yang perlu dibenahi bersama, karena sejatinya tidak ada tenaga kesehatan yang paling signifikan, dan semua tenaga kesehatan memiliki kontribusinya sesuai bidang keilmuanya.

Atas dasar latar belakang tersebut program minimal satu SKM satu Desa/Kelurahan untuk Indonesia Sehat masih harus terus diperjuangkan bersama dan menjadi tanggung

jawab semua pihak untuk mewujudkan rencana mulia pembangunan bangsa yang masih tertunda.

Keterangan:

1. Dimuat di Harian Pontianak Post, Edisi 6 April 2016.

Trans Papua dan Pembangunan Kesehatan Berkeadilan

Ilham Akhsanu Ridlo

Sepeda Motor Trail yang dinaiki Presiden Joko Widodo pada 10 Mei menjadi saksi sebuah proyek trans-Papua. Bersama dengan Panglima TNI, Presiden meninjau langsung pembangunan jalan tersebut di ruas Wamena Mamugu. Medan yang berat dan situasi keamanan yang cenderung rentan mengharuskan adanya keterlibatan TNI dalam proyek besar ini.

Selama periode 2015-2017, menurut Kementerian PUPR, pemerintah telah mengalokasikan anggaran sebesar

18.54 triliun rupiah untuk membiayai pembangunan jalan dan jembatan di Provinsi Papua dan Papua Barat. Jalan ini meliputi jalan lintas perbatasan Papua sepanjang 4.357 km, dan diharapkan selesai pada pengerjaannya pada tahun 2018.

Saat ini, 86% jalan sudah terbuka walaupun masih dibutuhkan pembangunan beberapa jembatan sebagai penyambung akses. Dari total 3.259 km, tersisa 467 km yang belum terbuka, dan setidaknya ada 7.000 meter lagi jembatan yang harus diselesaikan pada akhir 2018 nanti. Pemerintah pusat mengharapkan akses ini akan membuka kawasan yang terisolasi oleh kontur wilayah yang selama ini sulit, sehingga berpotensi membuka keterhubungan antar wilayah yang selama ini sulit dijangkau.

Masalah Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia masih menjadi persoalan yang mendesak untuk diselesaikan. Sebab kondisi geografis dan topografi beberapa daerah di Indonesia sangat ekstrem dan sulit dijangkau. Akses pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah kemampuan untuk mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (Jones, 2012).

Akses pelayanan kesehatan juga dapat diukur dengan memperhitungkan ketersediaan sumber daya dan jumlah

orang yang memiliki asuransi untuk membayar penggunaan sumber daya (Beadles, 2012).

Kesenjangan aksesibilitas pelayanan kesehatan dapat berbanding lurus dengan ketimpangan pembangunan yang digambarkan sebagai dikotomi Jawa-Bali dengan non-Jawa-Bali, atau kawasan barat Indonesia dibanding kawasan timur Indonesia. Ketimpangan tidak hanya terjadi pada ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, alat, dan teknologi, tetapi juga pada ketersediaan tenaga kesehatan pada masing-masing wilayah (Laksono, 2016).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 keberadaan Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan terutama di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menunjukkan disparitas sekitar 20.9%. Disparitas tersebut terjadi juga pada fasilitas kesehatan lanjutan.

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tidak berbeda dengan ketersediaan tenaga kesehatan. Keberadaan bidan praktik, misalnya, sangat minim. Hanya 9.9% rumah tangga di Papua yang mengaku mengetahui keberadaan bidan praktik di wilayahnya.

Sebenarnya upaya Kementerian Kesehatan dalam membuka akses dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, baik di tingkat dasar, maupun rujukan patut kita apresiasi. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan, peningkatan sarana, prasarana, dan alat Puskesmas yang ada pada tahun 2016 berhasil dilakukan di 9.754 Puskesmas.

Di samping itu penguatan pelayanan kesehatan di

Daerah Tertinggal Perbatasan Kepulauan (DTPK) mulai meningkat dengan menerapkan pelayanan kesehatan bergerak. Juga target 190 kabupaten/kota yang harus memiliki minimal 1 RSUD terakreditasi, sudah tercapai 93%.

Sebuah Optimisme bagi Papua

Memiliki topografi yang bervariasi mulai dari laut, pantai, dataran rendah berawa, padang rumput, lembah, danau hingga dataran tinggi membuat Papua menyumbang keindahan alam Indonesia. Keragaman geografis dan topografis ini yang masih menjadi tantangan dalam meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan.

Selama ini, warga yang ingin menuju ke fasilitas kesehatan terdekat, harus melewati sungai atau bahkan menggunakan transportasi udara. Belum termasuk jauhnya jarak yang harus ditempuh sampai berhari-hari hanya untuk berobat.

Selain perkembangan ekonomi yang menjadi prioritas Pemerintah, maka trans Papua juga mempunyai dampak langsung pada perkembangan sektor pelayanan kesehatan. Penyebaran masyarakat yang bermukim di dataran tinggi, dataran rendah, atau lembah yang masih lekat dengan adat istiadat dan kepercayaan yang selama ini membuat sektor kesehatan sulit berkembang.

Upaya kesehatan lebih mudah diatasi dengan adanya pembangunan akses jalan ini. Tak muluk berbicara tentang

pengobatan canggih untuk penyakit kanker dan kardiovaskuler, trans Papua sangat membantu untuk menumpas masalah kesehatan dasar, yang selama ini Papua masih jauh tertinggal.

Proyek trans Papua harus menjadi daya ungkit bagi pembangunan masyarakat, khususnya bidang kesehatan. Peningkatan ketersediaan tenaga dan fasilitas kesehatan akan lebih mudah lebih mudah, jika optimalisasi trans Papua bisa diarahkan bersinergi dengan pembangunan kesehatan.

Akses ke pelayanan kesehatan juga harus disesuaikan dengan kebutuhan atas pelayanan kesehatan, tidak sekadar kemampuan untuk membayar atau lokasi geografis, meski di Papua hambatan geografis masih dominan.

Pemerintah juga berkewajiban mendorong pemanfaatan pelayanan kesehatan melalui skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) agar membantu masyarakat Papua yang terkendala biaya untuk berobat.

Pada akhirnya, trans-Papua adalah manifestasi harapan atas tercapainya peningkatan akses dan sekaligus pemerataannya, agar sistem kesehatan yang berkeadilan di Papua dapat tercapai. Saya optimis!

Keterangan:

1) Dimuat di selasar.com, pada Mei 2017.
2) Staf Pengajar di Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Raisa dan Hari Patah Hati Nasional

Ilham Akhsanu Ridlo

Acara gosip ataupun *infotainment* sekarang bertransformasi menjadi *newstainment*. Namun acara televisi yang demikian sudah lama sekali saya tinggalkan untuk dilihat. Bahkan kami sekeluarga sudah tidak pernah mengonsumsinya lagi.

Jikapun kami mendengar kabar seputar selebritis, itu juga dari kicauan di *timeline* teman atau riuhnya portal berita *online*. Sekadar lewat dan melintas. Namun semua itu tidak cukup membendung berita gosip masuk telinga saya.

Berkaca dari beberapa kasus kehidupan artis yang menjadi konsumsi publik saat ini, sampai yang paling 'panas' minggu ini tentang pertunangan Raisa dan Hamish Daud. Beberapa hari kemarin bahkan menjadi #HariPatahHatiNasional karena para penggemar Raisa dan Hamish Daud bersiap menerima kenyataan bahwa mereka harus menjalani kisah yang sangat lumrah dalam kehidupan yaitu pertunangan dan beranjak ke pernikahan kelak.

Saya tidak menceritakan siapakah Raisa dan siapa juga Hamish Daud. Semua pasti tahu, dan mengorek informasi keduanya bukan barang sulit sama sekali. Lebih mudah mencari informasi tentang mereka daripada mencari jurnal ilmiah dengan topik spesifik.

Sejujurnya saya tertarik untuk melihat sisi bagaimana bisa khalayak ramai bisa begitu hebohnya menyikapi kehidupan pribadi artis atau tokoh. Bahkan kehidupan privasi sekalipun. Pencarian saya mengenai fenomena ini berujung pada penemuan sebuah artikel ilmiah yang sangat lawas. Dalam sebuah jurnal yang sudah sangat lama dirilis muncul sebuah istilah yang dinamai dengan *parasocial relationship.* Istilah ini merujuk pada sebuah paper yang ditulis oleh Donald Horton dan Richard Wohl pada tahun 1956.

Judul artikel ilmiah itu adalah '*Mass Communication and Para-social Interaction: Observations on Intimacy at a Distance'*, *Psychiatry* 19: 215-29. Jurnal ilmiah ini berisi penjelasan tentang sebuah teori interaksi parasosial

yang kala itu muncul akibat *booming*-nya layar kaca era itu. Khususnya pada program televisi yang memuat artis dan tokoh. Sebuah jurnal dan penelitian yang kekinian era itu.

Richard Wohl sejatinya adalah seorang sosiolog yang kala konsen pada bidang kajian *relationship* khususnya dengan pendekatan media. Publikasi ilmiah yang kala itu fenomenal bertajuk *parasocial interactions* merupakan *paper* yang berpengaruh, bersama Donald Horton sebagai *co-author*. Namun pada tahun 1957 Wohl meninggal dunia karena kanker.

Parasocial Relationship dijelaskan sebagai sebuah kedekatan 'jarak jauh' yang sebenarnya ‘semu’ sebagai hasil dari propaganda media. Salah satu karakter yang jelas dibuat oleh media massa, baik radio, televisi, dan film adalah menciptakan ilusi seolah-olah mereka sudah sering bertatap muka. Sehingga menimbulkan hubungan dan kedekatan, meski di satu sisi sang selebriti tidak mengenal sama sekali.

Gejala ini yang sekarang sudah menjadi sebuah epidemik massa khususnya di kajian sosial. Kita bisa sangat begitu kepo dengan kehidupan publik figur sebut saja artis, tokoh politik, sampai kehidupan persidangan kasus pembunuhan. Bahkan yang gak *update* bukan kekinian.

Sosial media memegang peranan penting sebagai salah satu pembentuk gejala sosial demikian. Televisi sebagai penyedia konten, sedangkan ibarat perapian, sosial media sebagai kayu bakar yang diberi angin segar. Jadilah api yang cukup besar. Christine Phelps menjelaskan keterkaitan media

sosial dengan gejala *parasocial relationship* dalam tesis ilmiah dengan judul *"Parasocial Relationships and Social Media Usage".*

Bagai cinta bertepuk sebelah tangan gejala sosial ini sesungguhnya merupakan hubungan satu arah yang aneh, emosional karena individu merasa terikat di saat bersamaan individu yang dikagumi tidak mengenal dan tidak menyadari keberadaan mereka.

Horton dan Wohl dalam artikelnya yang saya bahas di paragraf sebelumnya menjelaskan, jika sebuah acara televisi favorit batal ditayangkan, seseorang akan kerap merasa seperti kehilangan teman. Duh, betapa kita ini ternyata sudah menderita sebuah kesendirian yang tidak kita sadari sedari dulu. Tahun 1956 gejala sosial ini sudah ada.

Dulu dalam kasus Brangelina (Brad Pitt dan Angelina Jolie) dan perceraiannya misalnya, para penggemarnya merasakan kesedihan yang mendalam, sedalam mereka yang sudah tahu kehidupan pribadinya sejak pacaran sampai sekarang. Kekuatan interaksi inilah yang membuat beberapa artis dan publik figur pada akhirnya sadar bahwa mereka adalah sebuah *brand*. Dengan kekuatan itu mereka dengan gampang membuat produk yang mereka labeli dengan nama mereka sendiri. Dan itu laris manis!

Akan banyak lagi peristiwa serupa dengan #HariPatahHatiNasional yang digelar para netizen kemarin, karena teman Raisa yang satunya masih belum bertunangan. Bukan tidak mungkin akan ada #HariPatahHatiNasional jilid

2 saat Isyana Sarasvati juga mendapatkan cincin melingkar di jari manisnya. Sepertinya gelaran Hari Patah Hati Nasional akan menjadi *event* tahunan, bahkan bulanan. Yang benar saja!

Keterangan:

1) Dimuat di selasar.com, pada Mei 2017.
2) Staf Pengajar di Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Dilema Kesehatan Masyarakat dalam Globalisasi Dunia

Purwo Setiyo Nugroho

Globalisasi dunia merupakan sebuah proses interaksi antar manusia yang menganggap bahwa adanya batas negara bukan menjadi sebuah halangan untuk saling bertukar ide, informasi, perdindahan barang maupun perpindahan manusia itu sendiri. Salah satu bentuk globalisasi yakni adanya perdagangan bebas.

Perdagangan bebas merupakan salah satu cara dalam meningkatkan perekonomian dan kemajuan suatu negara,

sebab terdapat beberapa keuntungan adanya perdagangan bebas ini antara lain menambah peluang kesempatan kerja yang dikarenakan banyaknya permintaan barang dan jasa yang semakin tinggi.

Permintaan barang dan jasa ini tidak terbatas dalam negri, namun merambah antar negara; mendorong percepatan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) sebab pada dasarnya dalam perdagangan bebas terjadi persaingan kualitas dengan harga yang terjangkau.

Persaingan kualitas harga terjangkau ini dapat dicapai jika adanya perkembangan IPTEK yang baik. Serta perdagangan bebas dapat meningkatkan pendapatan suatu negara, hal ini dapat terjadi jika terdapat kelebihan produksi barang di pasar domestik maka dapat dijual ke negara yang membutuhkannya.

Semakin tinggi daya jual maka semakin besar pula pendapatan yang diterima oleh negara yang memproduksi barang, sehingga pendapatannya tersebut dapat digunakan untuk pembangunan negara tersebut.

Zaman Serba Instan

Mau tak mau setiap negara akan terkena arus globalisasi dunia, sebab globalisasi ini berpengaruh terhadap eksistensi sebuah negara di kancah internasional yang akan mempengaruhi kemajuan suatu negara. Adanya globalisasi ini secara tak langsung akan memberikan dampak kepada

perubahan kebiasaan/gaya hidup masyarakat di suatu negara. Dengan adanya mobilitas penduduk yang tinggi dan kemajuan IPTEK yang pesat, membuat masyarakat semakin ketergantungan pada teknologi dan hal-hal yang berbau instan.

Kebiasaan makan makanan *fast food* merupakan salah satu efek adanya globalisasi. Hadirnya makanan cepat saji dikarenakan menjamurnya perusahaan makanan jenis ini di Indonesia yang memiliki harga murah untuk dapat mengkonsumsi hasil produknya.

Tak hanya hadirnya toko makanan cepat saji, adanya ponsel pintar maupun alat elektronik lainnya yang dapat diintegrasikan dengan peralatan apapun menjadi sebuah kemudahan dan mempermudah kerja manusia. Sehingga adanya kemudahan-kemudahan dalam kegiatan manusia ini dapat membuat segala urusan manusia menjadi simpel dan cepat.

Kesehatan Masyarakat

Era globalisasi merupakan era yang memiliki pengaruh yang sangat besar bagi kemajuan suatu negara, sebab dengan adanya era globalisasi ini akan membantu negara berkembang dalam segi ekonomi melalui adanya pasar bebas. Selain itu globalisasi juga membuat arus mobilitas penduduk, jasa dan barang menjadi lebih cepat hingga tak mengenal batas negara.

Namun di sisi lain globalisasi juga memiliki efek negatif dalam mempengaruhi budaya suatu bangsa. Dengan adanya informasi dan mobilitas penduduk akan mempengaruhi *mindset* dan perilaku terutama kebiasaan buruk yang terjadi pula di negara lain.

Globalisasi seperti pedang bermata dua. Di sisi lain menguntungkan, namun juga memiliki efek negatif khususnya pada sisi kesehatan masyarakat.

Tingginya angka mobilisasi penduduk menyebabkan risiko berpindahnya penyakit dari satu negara ke negara lain akan lebih mudah. Salah satu contoh adalah HIV-AIDS, yang risiko untuk menyebar di Indonesia lebih besar jika lebih banyak berdatangan pekerja dari negara yang memiliki angka prevalensi HIV-AIDS tinggi, begitupun penyakit menular lainnya. Konsepnya, perlu diwaspadai kedatangan pekerja asing dari negara endemis suatu penyakit.

Tak hanya penyakit menular saja, risiko terjadinya penyakit tidak menular pun juga semakin tinggi. Hal ini dikarenakan adanya perubahan gaya hidup seiring tingginya mobilitas penduduk serta tingginya akses informasi yang didapat.

Saat ini, banyak perusahaan internasional yang memproduksi barang unggulannya dalam rangka mempermudah dan mengefisienkan waktu kinerja manusia. Produksi makanan cepat saji yang meningkatkan risiko obesitas, dan produksi barang yang serba otomatis yang memiliki peluang mengurangi aktivitas fisik.

Kurangnya aktivitas fisik akan berdampak pada munculnya penyakit tidak menular seperti diabetes atau kencing manis. Lebih jauh lagi, diabetes akan memicu penyakit degenerative lainnya, seperti jantung koroner dan stroke.

Perlu adanya kebijakan preventif yang memaksa masyarakat untuk tetap bergerak. Salah satunya yakni kebijakan melambatkan lift pada apartemen, dengan melambatnya lift di apartemen ini akan memaksa orang untuk memilih berjalan melalui tangga.

Efek globalisasi akan menyebabkan adanya upaya *westernisasi* bagi bangsa Indonesia. *Westerinasi* merupakan sebuah kegiatan meniru budaya kebarat-baratan (budaya bangsa lain) yang pada hakekatnya yang ditiru adalah kebiasaan buruk seperti makan makanan cepat saji yang memiliki *branding* lebih keren daripada makan makanan lokal. Padahal jika kita ketahui bahwa makanan cepat saji memiliki risiko untuk terjadinya obesitas yang dapat meningkatkan maupun memperparah risiko terjadinya penyakit tidak menular.

Kesehatan dan Kemajuan Negara

Kesehatan global merupakan cita-cita bersama *Association of South East Asia Nations* (ASEAN) yang tercantum dalam ASEAN Post-2015 *Health Development Agenda* dengan visi *"A Healthy, Caring and Sustainable*

ASEAN Community" dengan misi untuk mempromosikan kesehatan di anggota ASEAN.

*A*genda tersebut ditujukan untuk mencapai derajat kesehatan yang lebih baik melalui gaya hidup yang baik, memiliki akses layanan kesehatan yang baik, tercakup dalam layanan kesehatan global (jaminan kesehatan nasional), makanan yang sehat dan diet yang sehat, memiliki lingkungan yang sehat serta sistem layanan kesehatan yang terintergrasi pada semua kebijakan.

Agenda tersebut dicanangkan untuk meminimalisir adanya pengaruh kesehatan global, yang dapat mengancam stabilitas antar negara. Mobilitas penduduk yang tinggi, akan mempertinggi pula risiko adanya perpindahan penyakit.

Adanya penyakit menular maupun tidak menular di Indonesia dapat mempengaruhi kualitas kesehatan sehingga dapat berdampak pada angka harapan hidup manusia. Dampaknya adalah Indeks Pembangunan Manusia akan menurun.

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) merupakan indikator penting untuk mengukur keberhasilan dalam upaya membangun kualitas hidup manusia (masyarakat/penduduk) sehingga dapat menentukan peringkat atau level pembangunan sebuah negara/wilayah. Perlu diketahui bahwa indikator yang digunakan dalam mengukur IPM terdiri dari harapan hidup, melek huruf, pendidikan dan standar hidup.

Bagi Indonesia, IPM merupakan data yang sangat strategis sebab sebagai ukuran kinerja pemerintah. IPM juga digunakan sebagai salah satu alokator dalam penentuan Dana Alokasi Umum (DAU).

Keterangan:

1) Staf Pengajar pada STIKes Kapuas Raya, Sintang.

Kebijakan Kesehatan

Lucunya Kebijakan Kesehatan di Negeri ini

Agus Samsudrajat S.

Dunia adalah panggung sandiwara, yang kadang bisa membuat kita tertawa karena lucu, bahagia bahkan berduka. Kalimat ini menjadi ungkapan yang tepat terkhusus untuk upaya kesehatan masyarakat negeri ini. Semoga panggung sandiwara upaya kesehatan masyarakat negeri ini berakhir dengan ending cerita yang indah, adil, damai dan sejahtera untuk seluruh rakyatnya.

Bagaimana tidak lucu, ketika seorang sahabat sekaligus guru, orang tua atau saudara dari kalangan akademisi praktisi maupun pemerhati kebijakan kesehatan

masyarakat menyampaikan, *"Lucu ya kebijakan kita ini, katanya upaya kesehatan masyarakat, meningkatkan kesehatan masyarakat tapi koq tidak ada indikator SKM (Sarjana Kesehatan Masyarakat) sebagai tenaga kesehatan masyarakat di sana, dikemanakan SKM? Lalu siapa yang akan menjadi pelaksana dan penanggung jawab program-program kesehatan masyarakat disana? Apa diserahkan ke profesi lain yang bukan kompetensi utamanya? Kalau iya maka kacaulah negeri ini,"* ucap seorang sahabat yang pernah menjadi tenaga kesehatan teladan nasional 2009 dan seorang maestro Indonesia era BJ Habibie, penggagas paradigma sehat, program Indonesia Sehat 2010.

Guna mewujudkan paradigma sehat, tahun 2015 rasio SKM sebagai tenaga kesehatan masyarakat mencapai 49/100.000 penduduk. Entah kenapa di saat rasio beberapa jenis tenaga kesehatan tertentu dinaikan, justru untuk SKM bukannya ikut dinaikkan tapi justru malah diturunkan drastic menjadi 13/100.000 penduduk pada tahun 2015 melalui Permenkes 33 tahun 2015.

Di saat yang sama, fakta empirik menunjukkan jumlah penduduk yang semakin meningkat, yang diikuti dengan meningkatnya kematian ibu, meningkatnya penyakit tidak menular akibat perilaku hidup yang juga kurang didukung kebijakan pemerintah, yang semakin tidak terkendali dan paling mendominasi.

Keputusan Menteri Kesehatan tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 menyatakan

akan memprioritaskan tenaga kesehatan masyarakat tersedia di layanan primer. Anehnya, realitasnya menjadi lain. Lucu sekali kebijakan kesehatan masyarakat di negeri ini. Katanya ideologi kita pancasila, apakah seperti itu kebijakan upaya kesehatan masyarakat yang adil dan beradab.

Jenis Tenaga	Rasio per 100.000 penduduk tahun 2004	Sasaran rasio per 100.000 penduduk tahun 2010	Jumlah tenaga yang dibutuhkan tahun 2010
Dokter Spesialis	5,1	6	14.156
Dokter Umum	7,2	40	94.376
Dokter Gigi	2,5	11	25.953
Perawat	59.6	117	276.049
Bidan	27,3	100	235.939
Apoteker	0,56	10	23.594
Asisten Apoteker	3,72	30	70.785
SKM	0,69	49	115.611
Sanitarian	3.54	40	94.376
[illegible]	3,97	22	51.907

		Per 100.000 Penduduk
1	Dokter Spesialis	6
2	Dokter Umum	40
3	Dokter Gigi	11
4	Perawat	117
5	Bidan	100
6	Apoteker	10
7	Assisten Apoteker	30
8	Sarjana Kesehatan Masyarakat	40
9	Sanitarian	40

	Kesehatan	2014	2019	20[illegible]
1	Dokter Spesialis	10	11	12
2	Dokter Umum	40	45	50
3	Dokter Gigi	12	13	14
4	Perawat	158	180	200
5	Bidan	100	120	130
6	Perawat Gigi	15	18	21
7	Apoteker	9	12	15
8	Ass. Apoteker	18	24	30
9	SKM	13	16	18
10	Sanitarian	15	18	20

Perkembangan Rasio SKM / 100.000 penduduk
2005, 2010, 2014, &...?
49 menjadi 40 dan 13

HELLOW

Tidak hanya kebijakan nasional, kebijakan daerah juga ikut-ikutan membuat peraturan upaya kesehatan masyarakat tanpa melibatkan SKM sebagai tenaga kesehatan masyarakat. Sebut saja Peraturan Daerah (Perda) Provinsi

Jawa Timur nomor 7 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, dan Perda Provinsi Sulawesi Tengah nomor 8 tahun 2014 tentang Pengembangan dan Pemberdayaan Tenaga Kesehatan. Kedua Perda tersebut tidak menyebutkan adanya SKM sebagai tenaga kesehatan masyarakat yang ditempatkan di desa atau kelurahan bersama dengan ke empat jenis tenaga kesehatan lain. Yakinkah upaya kesehatan masyarakat akan berjalan baik dan lancar tanpa SKM? Negeri ini sudah menyediakan puluhan ribu SKM setiap tahun potensi emas yang sangat disayangkan kalau tidak difungsikan.

Belum lagi kalau kita lihat data Puskesmas tahun 2016, yang hingga kini sebagian besar, 89,5% dari 9.655 Puskesmas di Indonesia, belum memiliki tenaga kesehatan sesuai kebutuhan standar. Salah satu jenis tenaga kesehatan yang belum memenuhi itu adalah SKM.

Data lain, tenaga kesehatan Puskesmas 2014 di salah satu Provinsi Pulau Jawa mengungkap, setidaknya ada 3 kabupaten/kota tidak atau belum memiliki tenaga kesehatan masyarakat sama sekali (kosong) di seluruh Puskesmasnya. Jika Pulau Jawa dengan akses yang lebih baik saja masih demikian, lalu bagaimana dengan keadaan tenaga kesehatan masyarakat di luar jawa.

Masihkah kita diam? Berpangku tangan melihat keadaan yang demikan. Kesehatan masyarakat negeri ini terampas haknya dengan tidak adanya tenaga handal

masalah kesehatan masyarakat, yaitu SKM, sebagai tenaga kesehatan masyarakat.

Jika fungsi Puskesmas adalah upaya kesehatan masyarakat, mari coba lihat data, apa sudah ada tenaga kesehatan masyarakat yang diberdayakan, diturunkan untuk masyarakat, sesuai dengan tugas pokok dan kompetensinya. Padahal jelas masalah publik adalah tanggung jawab Negara, tanggung jawab pemerintah, termasuk pemerintah desa.

Oleh karena itu salah satu indikator IDM (Indeks Desa Membangun) Kementerian Desa adalah menempatkan SKM sebagai tenaga kesehatan masyarakat guna memenuhi hak kesehatan masyarakat sebagai indikator keberhasilan masyarakat dan pembangunan desa.

Masih banyak lagi kebijakan yang belum terimplementasi dengan baik bahkan tidak sedikit daerah yang belum memiliki kebijakan terkait pendayagunaan tenaga kesehatan sebagai pemenuhan kebutuhan dasar hidup masyarakat yaitu sehat. Negeri ini butuh pemimpin sekaligus pejuang paradigma sehat, yang lebih memikirkan rakyat untuk tetap sehat supaya tidak sakit, produktif dan kreatif. Bukan pemimpin yang hanya memperdulikan saat sakit atau pengobatan saja.

Data yang dihimpun Kementerian Desa pada tahun 2016 mengungkap bahwa 28,7 juta penduduk miskin di Indonesia, 17,9 juta penduduknya tinggal di desa. 14% dari 74.093 desa tidak memiliki sekolah dasar, 11% KK dari 50,6 juta keluarga yang tinggal di desa belum ada akses listrik.

32,5% dari 74,093 desa belum memiliki akses air bersih. 9,4% desa di Indonesia tidak memiliki sinyal telekomunikasi, dan 14% desa dengan akses jalan yang buruk.

Desa sangat tertinggal mencapai 13.453 Desa atau 18,25%, desa tertinggal ada 33.592 desa atau 45,57%, Desa berkembang 22.882 desa atau 31,04%, desa maju 3.608 desa atau 4,89 %. Desa mandiri hanya 174 Desa atau 0,24%. Ini baru sebagian kecil data yang merupakan realitas problem akses di masyarakat yang dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan masyarakat. Yakinkah pemerintah lebih memilih menempatkan tenaga kesehatan lain di daerah dengan akses serba minimalis seperti itu?

Sesungguhnya telah siap tenaga kesehatan yang dibekali pendidikan formal, sedikitnya empat tahun, dengan kompetensi tenaga teknis atau analis masalah kesehatan masyarakat, memiliki beberapa metode teknis membina perilaku dan memberdayaan masyarakat yang sehat maupun yang sakit (bukan penyembuhan penyakit) untuk lebih sehat, kreatif dan produktif. Mampu melibatkan kerja sama lintas sektor baik pemerintah maupun swasta terkait, guna menunjang terpenuhinya akses dan mutu layanan kesehatan yaitu SKM.

Bukan tidak mungkin jika kondisi seperti saat ini dibiarkan, tanpa tenaga kesehatan masyarakat, sebagian besar masyarakat akan jatuh sakit, produktifitas masyarakat akan jadi menurun, dan akan berdampak kepada pertumbuhan ekonomi keluarga dan masyarakat.

Fakta empiris telah memperlihatkan adanya perubahan transisi epidemiologi dari dominasi penyakit menular ke penyakit tidak menular, yang faktor resiko utamanya adalah karena gaya hidup atau perilaku.

Program SKM turun desa atau program minimal satu SKM satu desa/kelurahan yang digagas salah satu anggota PERSAKMI adalah program solusi yang tepat, efektif dan efesien berdasarkan kajian-kajian ilmiah.

Faktanya semakin banyak SKM terpilih menjadi tenaga kesehatan berprestasi dan teladan tingkat provinsi, nasional bahkan internasional. Hal itu merupakan sebuah bukti SKM bisa dan mampu mengubah perilaku, lingkungan dan akses masyarakat untuk hidup bersih dan sehat melalui terobosan-terobosan program inovatifnya.

Kebijakan penempatan SKM di desa/kelurahan tentu harus diimplementasikan secepat mungkin oleh semua pihak baik pemerintah, swasta maupun masyarakat untuk memenuhi kebutuhan hak dasar hidup masyarakat untuk sehat. Tidak berhenti di situ, keberadaan SKM dapat meningkatkan akses dan mutu layanan kesehatan masyarakat.

Program penempatan SKM ini didukung dengan adanya berbagai kebijakan seperti UU Kesehatan, UU Desa, UU Tenaga Kesehatan, Indeks Desa Membangun, bahkan di beberapa daerah diperkuat dengan peraturan daerah, dan peraturan desa.

Tujuannya ialah memperbaiki masalah Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan metode pemberdayaan masyarakat, melalui potensi lokal dan budaya setempat. Baik PHBS tempat-tempat umum seperti sekolah, pasar, tempat ibadah, tempat bekerja, pelayanan kesehatan, maupun PHBS rumah tangga. Sehingga dalam satu desa/kelurahan atau komunitas masyarakat minimal memiliki petugas yang fokus memperhatikan dan membina (mencegah, memelihara, dan melindungi) masyarakat. Mari sehatkan setiap kebijakan kita, demi masa depan anak cucu kita.

Keterangan:

1. Dimuat di majalah Tempo, Edisi 19-25 September 2016 dengan tema Penempatan SKM.

Pasang Surut Regulasi Rokok bagi Kesehatan di Era Reformasi

Rachmad A. Pua Geno

Polemik rokok tidak pernah ada habisnya, ekonomi *via a vis* kesehatan. Industri rokok identik penghasil devisa dan menyerap jutaan tenaga kerja. Rokok juga merupakan penyebab berbagai penyakit yang mematikan.

Jumlah kematian akibat rokok terus meningkat dari 41,75% pada tahun 1995 menjadi 59,7% di 2007. Data survei ekonomi nasional 2006, penduduk miskin menghabiskan 12,6% penghasilannya untuk konsumsi rokok.

Polemik rokok nampak nyata bila kita cermati pasang surut regulasi pengamanan rokok bagi kesehatan di era Reformasi saat ini, dalam kurun waktu 5 pergantian kepresidenan.

Era Habibie

Regulasi pengamanan rokok bagi kesehatan diawali di era presiden Habibie, dengan keluarnya PP Nomor 81 tahun 1999, tepatnya 5 Oktober 1999. Di era ini, kesehatan menjadi prioritas penting yang tercermin dengan keluarnya prasasti Indonesia Sehat 2010. Tujuan PP 81/99 adalah melindungi kesehatan dari bahaya merokok, menekan perokok pemula serta melindungi perokok pasif.

PP 81/99 mengatur penetapan kadar tar dan nikotin pada setiap batang rokok; persyaratan promosi dan iklan rokok yang hanya dapat dilakukan di media cetak dan media luar ruangan; pengaturan tentang batas waktu berapa tahun penyesuaian persyaratan batas maksimal tar dan nikotin bagi produsen rokok kretek buatan mesin dan produsen rokok kretek buatan tangan.

Namun, belum dijalankan, PP ini ditentang kalangan industriawan rokok. Mereka menuding ada intervensi pihak asing. Mereka mengancam PHK besar-besaran pada industri rokok serta menghancurkan petani tembakau, sehingga mengurangi pendapatan negara.

Era Gus Dur

Protes kalangan industriawan rokok disetujui, dengan keluarnya PP Nomor 38 tahun 2000 tentang Perubahan atas PP 81/99 pada tanggal 7 Juni 2000. PP 38/2000 memuat promosi dan iklan rokok dapat dilakukan di media elektronik dengan pengaturan masa tayang. Masa penyesuaian pengaturan tentang batas waktu penyesuaian persyaratan batas maksimal tar dan nikotin lebih diperpanjang.

Dalam PP 38/2000, disepakati membentuk Lembaga Pengkajian Rokok yang bertugas untuk mengkaji berbagai permasalahan dan mengawasi pelaksanaan ketentuan PP tersebut.

Meski sudah berubah menjadi PP 38/2000 yang terkesan lebih 'mengalah' kepada kaum industriawan. Kalangan industri rokok mengganggap PP ini masih banyak yang mengatur hal teknis industri rokok kretek. Mereka terus berupaya melobi pihak yang dianggap dapat membatalkan PP.

Era Megawati

Dengan dalih lebih mengefektifkan pelaksanaan pengamanan rokok bagi kesehatan, terbitlah PP Nomor 19 tahun 2003 pada tanggal 10 Maret 2003. Bukan malah menyempurnakan, PP 19/2003 memangkas beberapa aturan. Penetapan minimal kadar tar dan nikotin pada setiap batang rokok tar hilang dari peredaran. Produsen rokok hanya wajib

memberikan informasi kandungan tar dan nikotin setiap batang rokok yang diproduksinya.

Aturan masa penyesuaian dan aturan tentang batas tar dan nikotin sampai dengan batas maksimal dihilangkan. Industri rokok kretek bebas memproduksi rokok dengan kandungan tar dan nikotin tinggi tanpa harus khawatir untuk memenuhi aturan batas maksimal. Lembaga Pengkajian Rokok yang semula direncanakan dibentuk, akhirnya tidak jadi dibentuk.

Era SBY

Regulasi terkait rokok dan kesehatan kembali memanas dengan keluarnya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam UU tersebut, tepatnya di pasal 113, mengatur tentang pengamanan zat adiktif, salah satunya adalah produk rokok.

Publik mengenal sebagai 'pasal tembakau' yang sempat menghebohkan. Pasal 116, menyebutkan bahwa, "Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah."

Presiden SBY mengesahkan Peraturan Pemerintah Nomor 109 tahun 2012 tentang pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan pada tanggal 24 Desember 2012.

Subtansi PP 109/2012 tidak banyak mengubah secara signifikan isi dari PP 19/2003. Penjelasan lebih detail terkait iklan dan promosi produk rokok, serta larangan menyuruh anak di bawah usia 18 tahun untuk menjual, membeli, atau mengonsumsi produk tembakau/rokok. Namun kedua PP tidak mengatur sanksi tegas terkait pelanggaran aturan tersebut, hanya sanksi administratif.

Era Jokowi

Presiden Jokowi dengan program Nawacita, salah satunya adalah peningkatan kualitas hidup manusia Indonesia. Namun terkait regulasi pengamanan rokok bagi kesehatan, alih-alih mempertegas implementasi PP 109/2012, Presiden Joko Widodo justru mengirim surat presiden mengenai RUU Pertembakauan yang diusulkan DPR. Presiden justru memberi angin segar untuk kelanjutan pembahasan RUU yang justru lebih banyak kontra kesehatan.

RUU Pertembakauan memicu polemik. Sejumlah organisasi kesehatan menentang keras RUU tersebut, karena kontroversi mengiringi RUU tersebut, terutama terkait ketiadaan naskah akademis serta isinya yang lebih banyak berorientasi ekonomi ketimbang kesehatan.

Banyak pihak berharap pemerintahan Jokowi mengamankan jalannya regulasi pengamanan rokok bagi kesehatan. Salah satunya dengan **Aksesi Konvensi Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau.**

Sampai saat ini telah ada sebanyak 179 negara di dunia yang meratifikasi FCTC tersebut. Indonesia merupakan salah satu negara penggagas dan bahkan turut merumuskan FCTC. Akan tetapi justru Indonesia belum melakukan aksesi FCTC.

Pasang surut regulasi rokok dan kesehatan, mulai dari era Habibie hingga Jokowi terlihat jelas bahwa polemik regulasi pengamanan rokok bagi kesehatan akan terus menghiasi pemberitaan di negeri tercinta Indonesia.

Keterangan:

1) Sekjen Pengurus Pusat Persakmi.

Menimbang Kebijakan Nusantara Sehat

Agung Dwi Laksono

Kemarin, 20 Juli 2016, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah menutup penerimaan peserta baru Nusantara Sehat periode ke-dua pada tahun 2016. Dibutuhkan tenaga kesehatan dari beragam profesi yang akan ditempatkan di 92 lokus Puskesmas di seluruh Indonesia. Penempatan Nusantara Sehat periode ke-dua ini menyusul 194 orang tenaga kesehatan yang telah ditempatkan pada periode pertama tahun 2016 bulan Juni lalu.

Tahun sebelumnya, tahun 2015, Kementerian Kesehatan telah memberangkatkan setidaknya 694 orang tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan sejumlah tersebut ditempatkan di 120 lokus Puskesmas pada 48 kabupaten/kota di 15 provinsi di seluruh Indonesia.

Pendekatan penempatan Nusantara Sehat yang berbasis tim (*team based*) dirasakan cukup membuat tim ini mumpuni di lapangan. Ada sekitar lima sampai sembilan jenis tenaga kesehatan yang terlibat, yang diharapkan mampu menangani masalah kesehatan dalam tiga ranah, yaitu secara preventif, promotif dan kuratif.

Arah Kebijakan Pemerintah Jokowi

Dalam pemerintahan Jokowi, dengan visi nawa citanya selalu menggarisbawahi pembangunan yang ditekankan untuk dilakukan dari pinggiran. Pengarusutamaan pembangunan melalui wilayah pinggiran menuju ke wilayah tengah ini patut diapresiasi, tak terkecuali untuk bidang kesehatan. Pemerintah Jokowi ingin negara hadir pada setiap jengkal tanah di Indonesia, di pelosok atau di perbatasan sekalipun.

Bagaimana dengan Nusantara Sehat? Penempatan tenaga kesehatan berbasis tim ini ditempatkan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), dan juga wilayah Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK). Tentu saja kebijakan Nusantara Sehat dengan penempatan yang

demikian sejalan dengan kebijakan pemerintah pusat, membangun dari pinggiran.

Disparitas atau kesenjangan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan memang hal yang benar-benar menjadi masalah di Indonesia. Penelitian terbaru yang dilakukan Laksono, dkk (2016) menemukan fakta bahwa kesenjangan itu terjadi pada hampir semua aspek. Kesenjangan aksesibilitas pelayanan kesehatan terjadi antara wilayah kabupaten dengan wilayah kota. Kesenjangan juga terjadi antara wilayah miskin dan non miskin.

Kesenjangan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ini setidaknya terjadi pada indikator *supply* (jumlah fasilitas pelayanan kesehatan dan rasio tenaga kesehatan), indikator *barrier* (waktu tempuh, biaya transportasi dan kepemilikan asuransi), serta indikator *demand* (cakupan pelayanan rawat jalan dan rawat inap).

Satu-satunya sub indikator yang tidak ditemukan kesenjangan adalah indikator *supply* antara wilayah kategori miskin dan non miskin. Sementara antara wilayah kabupaten dan kota masih terdeteksi adanya kesenjangan.

Kebijakan Pemadam Kebakaran

Tidak ada yang salah dengan nawa cita kebijakan membangun dari pinggiran. Justru kebijakan ini sudah sangat ditunggu mereka yang sudah terlalu lama merasa dianaktirikan. Hanya saja kebijakan populis semacam

Nusantara Sehat lebih terlihat sebagai kebijakan ‘pemadam kebakaran’. Hanya mengatasi masalah disparitas aksesibilitas pelayanan kesehatan di wilayah pinggiran dalam jangka pendek. Diperlukan kebijakan lain yang menjamin sistem pelayanan kesehatan

Kebijakan semacam Nusantara Sehat yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan selaku pemerintah pusat ini memang diyakini bisa meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Tetapi tetap perlu dipikirkan kebijakan lain yang berdampak jangka panjang. Perlu dipikirkan bagaimana sistem pelayanan kesehatan yang dijalankan oleh pemerintah daerah, sesuai dengan cita-cita otonomi daerah, bisa berjalan dengan baik dan berkelanjutan.

Kebijakan Nusantara Sehat tetap perlu diapresiasi, sebagai sebuah langkah tepat secara cepat untuk mengatasi adanya disparitas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Selanjutnya, pemerintah pusat perlu memikirkan kembali kebijakan selanjutnya, agar apa yang telah dicapai oleh Nusantara Sehat bisa diteruskan, tidak hanya baik dan berhenti pada saat kebijakan Nusantara Sehat telah selesai.

Apa Yang Bisa Dilakukan?

Cita-cita otonomi daerah adalah penguatan pemerintah daerah sebagai perwakilan pemerintah di setiap wilayah. Penguatan sistem pelayanan kesehatan di daerah

bisa dilakukan dengan pemberdayaan tenaga kesehatan lokal yang ada di daerah.

Jokowi sebagai puncak *policy maker* memang tidak suka, dan anti dengan kata pemberdayaan. Solusi langkah 'pemberdayaan' terdengar sangat absurd di telinga Jokowi, untuk itu kita perlu membuat turunan kalimat menjadi kata-kata yang lebih operasional. Misalnya, pemerintah pusat perlu mengeluarkan kebijakan yang mendorong pemerintah daerah untuk dapat memfasilitasi putra daerah untuk menempuh jenjang pendidikan kesehatan.

Selain itu, pemerintah pusat harus mampu 'memaksa' pemerintah daerah untuk mengalokasikan anggaran lebih banyak lagi untuk bidang kesehatan hingga mencapai lima persen. Angka lima persen ini di luar anggaran gaji, sesuai dengan amanat Undang-undang nomor 36 tentang Kesehatan.

Selanjutnya, apabila banyak pemerintah daerah dirasa sudah berdaya, pemerintah pusat bertindak selaku penyeimbang. Pemerintah pusat bertindak dengan membantu wilayah-wilayah yang pemerintah daerahnya masih dirasakan lemah.

Keterangan:

1) Dimuat di kompasiana.com pada 21 Juli 2016 2017.
2) Peneliti pada Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.

Indonesia Darurat Kesehatan Mental?

Ilham Akhsanu Ridlo

Kasus kematian akibat bunuh diri 17 Maret di Jagakarsa, Jakarta Selatan, sejatinya membuka mata kita tentang kondisi kesehatan mental masyarakat Indonesia. Tidak jauh dari pemberitaan tentang itu, kita kembali dibuat terkaget-kaget saat beberapa hari yang lalu koran ini menyajikan berita pendalaman kasus pornografi anak (*child pornography*) oleh subdit *cybercrime* Ditreskrimsus Polda Metro Jaya yang menambah jumlah korban dan pelaku yang menggunakan media Facebook sebagai jejaringnya. Saat ini kasus tersebut masih menjadi sumber ketakutan bagai

mayoritas orangtua. Dua kasus tersebut dapat dimaknai sebagai fenomena *iceberg* yang memungkinkan kejadian serupa lebih besar jumlahnya di bawah permukaan pengungkapan media.

Secara global, kesehatan mental merupakan isu sentral pembangunan kesehatan. WHO menegaskan bahwa definisi sehat merupakan definisi yang sifatnya integral; artinya tidak bukan sekedar bebas dari penyakit, namun kondisi dimana seseorang mencapai kesejahteraan paripurna secara fisik, mental dan sosial. Melihat tren global, kesehatan mental tidak lagi dipandang sebagai isu perifer dalam pembangunan kesehatan, mengingat betapa seriusnya dampak yang diakibatkan oleh lemahnya kondisi kesehatan mental.

Apabila kita mencermati estimasi WHO mengenai *disability-life adjusted years* (DALY) pada tahun 2012 menempatkan *Unipolar Depressive Disorders* pada peringkat 9 dari 20 penyakit utama, apabila dibandingkan dengan penyakit menular (*communicable diseases*) atau penyakit tidak menular (*noxn-communicable diseases*) lainnya. Artinya, meskipun gangguan mental belum terlalu dipandang sebagai problem epidemiologis, nyatanya memiliki dampak yang cukup signifikan dalam membuat jutaan orang hidup dalam disabilitas.

Gangguan kesehatan mental membutuhkan fokus penuh dari para pengambil kebijakan, mengingat gangguan kesehatan mental mulai dianggap sebagai ancaman serius

yang membutuhkan respon cepat dari penyedia layanan kesehatan.

Survei yang dilakukan di Amerika Serikat menyebutkan bahwa nilai kerugian dalam domain sumberdaya manusia yang harus ditanggung pemberi kerja. Kerugian mencapai US$36 juta setiap tahunnya akibat *major depressive disorder* (MDD) yang diderita para pekerjanya. Lebih lanjut, sepuluh negara partisipan survei WMH melaporkan adanya rata-rata kerugian produktivitas sampai dengan 22 hari/pekerja.

Sayangnya sampai dengan saat ini, gangguan kesehatan mental masih tergolong *low priority issue* di mayoritas negara berkembang. Hal ini menunjukkan kurangnya komitmen para pengambil kebijakan untuk serius menangani masalah kesehatan mental, meskipun data-data epidemiologis menunjukkan bahwa problem ini tak lagi bisa dianggap remeh.

Sampai Dimana Kita?

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 yang lalu memang menunjukkan adanya penurunan prevalensi gangguan mental emosional, apabila dibandingkan dengan Riskesdas tahun 2007. Namun, penurunan prevalensi kejadian kesehatan mental merupakan sebuah anomali, bahkan sesungguhnya bertentangan dengan kenyataan di lapangan. Hal ini semakin menegaskan bahwa pemerintah

kekurangan data epidemiologis yang berkualitas untuk menyusun kebijakan kesehatan mental. Perangkat kebijakan yang menaungi upaya peningkatan kualitas kesehatan mental di Indonesia adalah Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 mengenai Kesehatan Jiwa.

Upaya membentuk payung legislasi atas kebijakan kesehatan mental adalah usaha yang patut diapresiasi. Meski pemerintah cenderung lambat menjabarkannya dalam peraturan teknis.

Selain itu, arah kebijakan kesehatan mental di Indonesia masih berkutat di area kuratif, belum memberikan porsi yang sama pada tahap preventif, promotif maupun rehabilitatif. Upaya tersebut dipengaruhi oleh komitmen pemerintah Indonesia dalam pembangunan kesehatan di Indonesia dengan alokasi belanja kesehatan yang hanya diberi slot 5% dari APBN 2016. Sedang anggaran untuk kesehatan mental hanya rata-rata 1% dari total anggaran kesehatan.

Selain isu mengenai data epidemiologis, proses legislasi dan *health budgeting,* isu lainnya yang menjadi sentral dalam perbincangan mengenai kesehatan mental di Indonesia adalah problem mengenai kesenjangan perawatan (*treatment gap*) serta stigma dan diskriminasi yang dialami oleh orang dengan gangguan mental (ODGM).

Masalah kesehatan mental tak lagi dapat dianggap sebagai isu perifer dalam perancangan kebijakan kesehatan.

Faktanya, gangguan kesehatan mental adalah ancaman global yang juga harus dihadapi oleh masyarakat Indonesia.

Kebijakan kesehatan mental yang *evidence-based* tentunya tak mungkin dapat disusun apabila data epidemiologis yang berkualitas tidak tersedia, sehingga langkah pertama yang harus diambil oleh pemerintah adalah berupaya untuk memotret kondisi kesehatan mental masyarakat melalui riset yang komperhensif.

Dengan data yang komperhensif, perancangan program kunci dan alokasi anggaran tentunya akan dapat diatur secara proporsional. Selanjutnya komitmen politik yang progresif menjadi faktor pendorong mengatasi kesenjangan perawatan. Pemerintah harus merevitalisasi upaya dukungan kesehatan mental yang berkualitas berbasis keluarga dan komunitas, yang saat ini linier dengan sistem kesehatan nasional kita.

Keterangan:

1) Dimuat di Harian Jawa Pos, edisi tanggal 27 Maret 2017.
2) Staf Pengajar di Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Menakar IPKM, Berparadigma Sehat atau Sakit?

Agus Samsudrajat S.

Sudah bukan hal yang baru jika pembangunan kesehatan dengan paradigma sehat menjadi sebuah kebutuhan dasar dan pokok yang harus terpenuhi oleh setiap manusia, selain kebutuhan pendidikan dan ekonomi. Kebutuhan itu bahkan bukan hanya menjadi tanggung jawab pemerintah semata, tetapi pihak swasta, masyarakat, dan individu atau masyarakat.

Sudah banyak regulasi dan kebijakan yang secara tegas menyatakan kesehatan merupakan agenda wajib

pemerintah bersama masyarakat bahkan sampai ke level terendah dalam pemerintahan. Sehingga pembangunan kesehatan menjadi sebuah hal yang cukup seksi untuk dijadikan bahan mainan baik bagi pihak pemerintah, swasta maupun masyarakat.

Tabel 3.1 Indikator dan Bobot IPKM 2007

No	Indikator	Bobot	Kategori Bobot
1	Balita gizi buruk dan kurang	5	Mutlak
2	Balita sangat pendek dan pendek	5	Mutlak
3	Balita sangat kurus dan kurus	5	Mutlak
4	Akses air bersih	5	Mutlak
5	Akses sanitasi	5	Mutlak
6	Penimbangan balita	5	Mutlak
7	Kunjungan neonatal	5	Mutlak
8	Imunisasi lengkap	5	Mutlak
9	Rasio jumlah dokter dengan jumlah puskesmas	5	Mutlak
10	Rasio jumlah bidan dengan jumlah desa	5	Mutlak
11	Persalinan oleh tenaga kesehatan	5	Mutlak
12	Balita gemuk	4	Penting
13	Diare	4	Penting
14	Hipertensi	4	Penting
15	Pneumonia	4	Penting
16	Perilaku cuci tangan	4	Penting
17	Gangguan mental	3	Perlu
18	Konsumsi tembakau	3	Perlu
19	Prevalensi sakit gigi dan mulut	3	Perlu
20	Asma	3	Perlu
21	Disabilitas	3	Perlu
22	Cedera	3	Perlu
23	Sakit sendi	3	Perlu
24	ISPA(Infeksi Saluran Pernafasan Akut)	3	Perlu

Sumber; IPKM Kemenkes RI 2014

Tabel 4.8. Indikator dan Bobot IPKM 2013

No	Indikator	Bobot	Kategori Bobot
	1. Kesehatan Balita		
1	Balita gizi buruk dan kurang	5	Mutlak
2	Balita sangat pendek dan pendek	5	Mutlak
3	Balita gemuk	4	Penting
4	Penimbangan balita	4	Penting
5	Kunjungan neonatal	4	Penting
6	Imunisasi lengkap	4	Penting
	2. Kesehatan Reproduksi		
7	Penggunaan alat kontrasepsi (MKJP)	5	Mutlak
8	Pemeriksaan Kehamilan (K4 :1-1-2)	5	Mutlak
9	Kurang Energi Kronik (KEK) pada WUS	5	Mutlak
	3. Pelayanan Kesehatan		
10	Persalinan oleh nakes di Faskes	4	Penting
11	Proporsi kecamatan dengan kecukupan jumlah dokter per penduduk	5	Mutlak
12	Proporsi desa dengan kecukupan jumlah Posyandu per desa	4	Penting
13	Proporsi desa dengan kecukupan jumlah bidan per penduduk	3	Perlu
14	Kepemilikan Jaminan Pelayanan Kesehatan	4	Penting
	4. Perilaku Kesehatan		
15	Merokok	4	Penting
16	Cuci tangan dengan benar	3	Perlu
17	Buang air besar di jamban	3	Perlu
18	Aktivitas fisik cukup	3	Perlu
19	Menggosok gigi dengan benar	3	Perlu
	5. Penyakit Tidak Menular		
20	Hipertensi	5	Mutlak
21	Cedera	5	Mutlak
22	Diabetes Mellitus	5	Mutlak
23	Gangguan Mental	4	Penting
24	Obesitas Sentral	4	Penting
25	Sakit Gigi dan Mulut	4	Penting
	6. Penyakit Menular		
26	Pneumonia	5	Mutlak
27	Diare balita	4	Penting
28	ISPA balita	4	Penting
	7. Kesehatan Lingkungan		
29	Akses Sanitasi	3	Perlu
30	Akses Air Bersih	3	Perlu

Salah satu indikator status kesehatan masyarakat yang cukup seksi dan berpeluang menjadi bahan mainan itu adalah IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat). Setidaknya ada 30 indikator IPKM 2013 yang sebelumnya IPKM 2007 hanya 24 indikator yang digunakan dengan nilai pembobotan tiga kategori 'perlu', empat kategori 'penting' dan lima kategori 'mutlak'.

Jika tahun 2007 ada delapan indikator dengan kategori perlu, lima kategori penting dan 11 kategori mutlak maka 2013 IPKM memiliki tujuh indikator kategori perlu, 13 kategori penting dan 10 kategori mutlak. Sehingga ada pengurangan 1 indikator kategori perlu, penambahan 8 kategori penting dan pengurangan 1 kategori mutlak.

Indikator IPKM terbagi dalam lima jenis kelompok yaitu kelompok balita ada 6 indikator, kesehatan reproduksi 3 indikator, pelayanan kesehatan 5 indikator dan perilaku kesehatan 5 indikator, penyakit tidak menular 6 indikator penyakit menular 3 indikator, dan terakhir kesehatan lingkungan dua indikator.

Khusus untuk hasil IPKM wilayah Kalimantan Barat terakhir, semua Kabupaten/Kota mengalami kenaikan skor. Ada 5 dari 12 Kabupaten/yang mengalami penurunan peringkat IPKM secara nasional dibandingkan periode sebelumnya.

Lima Kabupaten tersebut adalah Sambas, Pontianak, Sanggau, Sintang dan Sekadau. Sedangkan yang memiliki skor tertinggi dan peringkat terbaik IPKM 2013 adalah Kabupaten Landak. Skor dan peringkat tersebut tentu bukanlah jaminan bahwa kesehatan masyarakat akan semakin membaik jika pemerintah daerah tidak memiliki inovasi dalam pembangunan kesehatan masyarakat yang berparadigma sehat.

Jika kita Ingat konsep paradigma sehat yang artinya lebih mementingkan upaya menjaga atau memeliharan

kesehatan, meningkatkan derajat kesehatan dengan melayani kesehatan masyarakat supaya tidak jatuh sakit, seakan masih jauh dari harapan. Hal itu tercermin dari beberapa kebijakan dan indikator kesehatan masyarakat yang telah ditetapkan pemerintah saat ini.

Ketika diskusi langsung bersama penggagas paradigma sehat Prof. Does Sampoerno, September 2015, di Jakarta sebelum beliau wafat, secara umum beliau menilai, *"Indonesia belum memperlihatkan sebuah wujud nyata paradigma sehat, meskipun wacana yang digaungkan adalah paradigma sehat tetapi implementasinya masih cenderung berparadigma sakit atau lebih fokus kepada pelayanan kelompok yang sakit dari pada kelompok yang sehat."*

Sudah selayaknya penilaian dari sang penggagas kebijakan Indonesia Sehat atau paradigma sehat ini menjadi perhatian semua pihak, baik pemerintah, masyarakat, terlebih Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM), yang notabene Prof. Does Sampoerno juga turut membidani lahirnya di Indonesia, untuk menjaga kesehatan masyarakat sebagai seorang tenaga kesehatan masyarakat.

Prof. Azrul Azwar dalam bukunya pengantar administrasi kesehatan menyatakan, *"Pelayanan kesehatan masyarakat itu sebaiknya mendapatkan dukungan undang-undang, dijamin dan ditanggung oleh Pemerintah. Pelayanan kesehatan masyarakat itu berbeda dengan pelayanan kedokteran baik pelaksana, sasaran, ranah tugas, tanggung*

jawab maupun kewenangnya." Sangat disayangkan ketika kita coba melihat indikator IPKM terakhir yaitu 2013 yang sampai saat ini digunakan pemerintah masih menunjukan arah paradigma sakit.

Hal itu terlihat dari kelompok indikator pelayanan kesehatan hanya ada dua tenaga kesehatan (dokter dan bidan) dan hanya dokter yang mutlak ada di masyakat. Artinya pemerintah hanya fokus menyediakan tenaga medis yang kompetensi utamanya untuk mengobati dan memulihkan orang sakit, sedang layanan untuk orang sehat menjadi menjadi terabaikan. Sehingga jika pola paradigma sakit diteruskan maka ancaman ledakan angka kesakitan dan kematian ke depan bisa saja terjadi.

Seakan terlihat juga dua tenaga kesehatan tersebut adalah tenaga kesehatan yang bisa mengatasi segala permasalahan yang menjadi indikator IPKM 2013, dan pengganti tenaga kesehatan lain meskipun pendidikan dan kompetensinya berbeda. Padahal faktanya setidaknya ada lebih dari 10 jenis tenaga kesehatan dengan pendidikan, keterampilan dan kompetensi masing-masing profesi, yang mestinya juga harus dipenuhi sesuai standar minimal tenaga kesehatan, baik fasilitas kesehatan maupun secara rasio penduduk. Bisa dikatakan bahwa keberadaan tenaga kesehatan lain selain dokter dan bidan tidak akan berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat yang diukur melalui indikator kelompok pelayanan kesehatan IPKM 2013.

Bukan hanya itu saja beberapa indikator lain juga menunjukan bahwa fokus perhatian berorientasi ke paradigma sakit yaitu pengobatan atau pemulihan, dari pada indikator-indikator yang dapat menjadi faktor resiko berbagai penyakit muncul. Lihat saja indikator kesehatan lingkungan untuk akses sanitasi, air bersih, buang air besar di jamban, cuci tangan, merokok mendapatkan bobot dan kategori paling rendah dibandingkan indikator ketersedian dokter, gizi buruk, hipertensi, dan diabetes. Artinya ketersediaan air bersih, sanitasi, bahkan merokok yang terbukti secara ilmiah menjadi penyebab berbagai penyakit, kalah penting dengan indikator ketersediaan dokter, hipertensi dan gizi buruk. Padahal beberapa indikator yang kalah penting itu justru menjadi faktor resiko atas indikator yg telah mendapatkan nilai dan bobot tertinggi tersebut.

Nasi telah menjadi bubur sebagai kita evaluasi yang sudah terlanjur (gizi buruk, kematian ibu, dan kematian akibat penyakit tidak menular) yang semakin subur. Mari kita doakan dan kawal bersama, semoga indikator IPKM ke depan lebih berparadigma sehat.

Berdasarkan analisis IPKM tersebut dapat dikatakan bahwa berdasarkan kacamata akademisi maupun praktisi belum menunjukan sebuah wujud arah paradigma sehat dan belum menunjukan keharmonisan antara isi (indikator) dan sampul yang dikemas dengan nama “Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat”, karena justru yang terlihat bukanlah

“Pelayanan Kesehatan Masyarakat” tetapi hanya pelayanan kedokteran dan kebidanan.

Semoga opini analisis sederhana ini menjadi sebuah bahan renungan, kajian dan masukan kita bersama terutama penentu kebijakan kesehatan saat ini dan kedepan. Semata-mata bukan untuk mencari kambing hitam tetapi hanya untuk mengupayakan perbaikan derajat kesehatan masyarakat sesuai kebijakan paradigma sehat yang sudah menjadi nyawa pembangunan pemerintahan era Jokowi-Kalla saat ini melalui kerangka nawa cita, maupun nyawa pembangunanan era pemerintahan kedepan.

Keterangan:

1. Dimuat di Harian Pontianak Post, Edisi 2 Juni 2016.

Kunci Sukses Implementasi PP 33/2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif

Rachmad A. Pua Geno

Bangsa ini masih menyisakan persoalan besar di bidang kesehatan ibu dan anak (KIA). Tingginya angka kematian bayi dan ibu di Indonesia (MDG 4 dan MDG5) menjadikan negara ini masih tertinggal dalam pencapaian tujuan dan target *Millenium Development Goals*.

Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 34 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2008, sedangkan target 19 per 1000 pada tahun 2015. Sementara Angka Kematian Ibu (AKI)

masih 307 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2008, sangat jauh dari target 110 per 1000 pada tahun 2015.

Di Negara berkembang, saat melahirkan dan minggu pertama setelah melahirkan merupakan periode kritis bagi ibu dan bayinya. Sekitar dua per tiga kematian terjadi pada masa *neonatal,* dua per tiga kematian *neonatal* tersebut terjadi pada minggu pertama, dan dua per tiga kematian bayi pada minggu pertama tersebut terjadi pada hari pertama.

Sejatinya, ada tindakan yang relatif murah dan mudah diterapkan untuk meningkatkan kesehatan dan kelangsungan hidup bayi baru lahir. Salah satunya adalah pemberian Air Susu Ibu (ASI) segera setelah lahir (IMD) serta pemberian ASI eksklusif.

Pernyataan ini didukung oleh *United Nations Childrens Fund* (UNICEF), bahwa sebanyak 30.000 kematian bayi di Indonesia dan 10 juta kematian anak balita di dunia pada tiap tahunnya, bisa dicegah melalui pemberian ASI secara eksklusif selama enam bulan sejak tanggal kelahirannya, tanpa harus memberikan makanan serta minuman tambahan kepada bayi. Selaras dengan pernyataan UNICEF tersebut, Edmond (2006) berpendapat bahwa bayi yang diberi susu formula, memiliki kemungkinan atau peluang untuk meninggal dunia pada bulan pertama kelahirannya 25 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang disusui oleh ibunya secara eksklusif. Sehingga IMD dan pemberian ASI ekslusif diyakini mampu mengurangi risiko kematian balita hingga 22%.

Ironisnya, berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, hanya 32% bayi dibawah usia 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif. Jika dibandingkan dengan SDKI tahun 2003, proporsi bayi di bawah 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif menurun sebanyak 6 poin. Bandingkan dengan target nasional untuk cakupan ASI Eksklusif pada tahun 2010 adalah 80%.

Rata-rata, bayi Indonesia hanya disusui selama 2 bulan pertama, ini terlihat dari penurunan prosentase menyusui dari SDKI 2003 yaitu sebanyak 64% menjadi 48% pada SDKI 2007. Sebaliknya, sebanyak 65% bayi baru lahir mendapatkan makanan selain ASI selama tiga hari pertama.

Kebijakan ASI Ekslusif

Kebijakan ASI ekslusif di Indonesia mengalami proses yang cukup panjang. Tercatat sampai saat ini terdapat beberapa peraturan terkait dengan pemberian ASI eksklusif di Indonesia yaitu Permenkes RI Nomor 240/MENKES/PER/V/1985 tentang Pengganti ASI, Kepmenkes RI No. 237/Menkes/SK/IV/1997 tentang Pemasaran Pengganti ASI, Peraturan Pemerintah Nomor 69 tahun 1999 tentang Label dan Iklan Pangan, dan Kepmenkes RI Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang Pemberian ASI secara Eksklusif pada Bayi di Indonesia. Dan yang terbaru adalah Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif.

Dalam artikel ini, kajian akan dilakukan terhadap PP 33/2012 yang telah diundangkan sekaligus mulai berlaku pada tanggal 1 Maret 2012. PP 33/2012 bersifat Regulatif, Protektif dan Promotif, terdiri dari 10 bab, 43 pasal dengan total 55 ayat, dan mengatur 7 hal pokok, yaitu 1) tanggung jawab pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota; 2) Air Susu Ibu; 3) penggunaan susu formula dan produk bayi lainnya; 4) tempat kerja dan tempat sarana umum; 5) dukungan masyarakat; 6) pendanaan; dan 7) pembinaan dan pengawasan

Beberapa pasal PP 33/2012 yang krusial dan bermasalah, poin pentingnya antara lain:

1) Tanggung jawab yang dibebankan kepada pemerintah daerah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota dalam program pemberian ASI Eksklusif. Dari delapan tanggung jawab yang tercantum, sejauh mana komitmen pemerintah daerah menjalankan tanggung jawab tersebut. Apakah hal ini menjadi prioritas bagi pemerintah daerah? Sampai dengan saat ini tercatat, baru Pemkab Klaten, Pemkot Yogyakarta dan Pemprov Sulawesi Selatan yang sudah menunjukkan komitmennya, dengan mengeluarkan peraturan daerah yang mendukung pelaksanaan PP ini.
2) Komitmen dan tanggung jawab tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan terhadap pelaksanaan PP tersebut. Sehubungan dengan penyediaan rawat gabung dan masih adanya hubungan

dengan para produsen susu formula akan memunculkan berbagai persoalan.

3) Kewajiban penyelenggara tempat sarana umum dan pengurus tempat kerja menjamin pemberian ASI ekslusif dan membuat peraturan internal tentang ASI masih belum optimal.
4) Penerapan sanksi terkait penerapan ASI ekslusif, ada kontradiktif antara PP 33/2012 dengan UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. PP hanya mengatur sanksi teguran dan administratif, sementara dalam UU 36/2009 secara tegas mengatur pidana 1 tahun dan denda 100 juta.
5) Masih adanya intervensi dari produsen sufor kepada para tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan menghambat pelaksanaan ASI ekslusif.

Resistensi

PP 33/2012 memunculkan reaksi dari masyarakat, baik yang berperilaku positif maupun negatif. Perilaku negatif menimbulkan resistensi terhadap PP ini, dimulai dari para produsen susu formula, oknum tenaga kesehatan, penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan, pembina dan pengawas (Dinkes dan BPOM) serta para pedagang eceran susu formula. Jika hal-hal yang menyebabkan timbulnya resistensi tersebut diatas tidak segera diperbaiki, maka

intensitas resistensi akan semakin bertambah dan akan membuat kebijakan ini hanya sekedar aturan di atas kertas.

Konsekuensi di balik hadirnya PP ini sejatinya memaksa kondisi sistem pelayanan kesehatan agar lebih ramah dan sayang terhadap ibu dan bayi. Penerapan kebijakan ini akan dapat berjalan dengan baik apabila :

1) Kesadaran dari para Ibu untuk merasa ‘harus’ memberikan ASI ekslusif saat bayinya lahir serta dukungan dari pihak keluarga untuk mendorong para Ibu memberikan ASI eksklusif.
2) Kesadaran moral para tenaga kesehatan mendukung program pemberian ASI ekslusif ini dengan sepenuh hati memberikan edukasi dan informasi yang jelas kepada para Ibu.
3) Kesadaran dan ketaatan para penyelenggara fasyankes untuk menerapkan RS pro ASI, dengan menerapkan 10 langkah Menuju Keberhasilan Menyusui.
4) Kesadaran dan ketaatan para penyelenggara tempat sarana umum dan pengurus tempat kerja mendukung pelaksanaan ASI eksklusif.
5) Kesadaran dan etika berbisnis para produsen susu formula dan para pekerjanya untuk menjalankan bisnis yang beretika dan mematuhi kebijakan PP No 33 tahun 2012.
6) Adanya sistem mekanisme pembinaan dan pengawasan yang jelas dari Pemerintah (Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau Dinas Kesehatan kabupaten/kota),

BPOM dan organisasi profesi, yang dilakukan secara bersungguh-sungguh dan konsisten.

7) Adanya aturan pelaksanaan yang jelas terkait tentang pemberian sanksi administrative bagi tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan.
8) Adanya dukungan peran serta masyarakat (LSM) dalam turut melakukan kontrol terhadap pelaksanaan PP No 33 tahun 2012.

Manfaat yang bisa diperoleh dari keberhasilan penerapan kebijakan ini adalah meningkatkan status kesehatan ibu dan bayi yang diharapkan dapat mempengaruhi keberhasilan pemerintah Indonesia dalam melaksanakan program MDG's. Selain itu berdampak terhadap penghematan pengeluaran rumah tangga dan ini menjadi faktor pendorong yang cukup kuat untuk mendapatkan dukungan dari kelompok ayah khususnya.

Implikasi Kebijakan dan Rekomendasi

Jika kebijakan ini benar-benar diterapkan, maka kemungkinan akan timbul:

1) Kaum Ibu dan keluarganya akan lebih terpapar edukasi dan informasi tentang pentingnya ASI.
2) Penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan dituntut lebih kreatif dalam meningkatkan kualitas pelayanan ibu dan anak serta mencari sumber pemasukan selain dari susu formula bayi .

3) Para aktivis yang selama ini mengkampanyekan ASI eksklusif, akan lebih terdorong berkampanye pro ASI sebagai bentuk partisipasi masyarakat .
9) Berkurangnya pendapatan dari penjualan susu formula bayi yang diperoleh produsen sufor, tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan.
4) Dimungkinkan adanya pengurangan jumlah tenaga kerja (PHK) yang dialami para pemasar susu formula bayi.
5) Semakin bertambahnya beban pekerjaan instansi (pembinaan dan pengawasan) mulai dari Dinas Kesehatan, BPOM dan Kementerian Kesehatan.

Sementara usulan rekomendasi untuk menjamin agar pelaksanaan PP 33 tahun 2012 ini berhasil adalah:

1) Sosialisasi secara kontinyu terhadap PP 33/2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif agar mengurangi tensi resistensi yang mungkin timbul.
2) Menyiapkan aturan pengawasan dan pembinaan yang disertai dengan *reward and punishment* agar pelaksanaan PP ini dapat optimal.
3) Mendorong setiap penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan melaksanakan program RS Sayang Ibu dan Bayi sebagai perwujudan nyata PP 33/2012.
4) Meningkatkan peran serta masyarakat secara lebih operasional dalam mendukung dan mengawal pelaksanaan PP tentang pemberian ASI eksklusif.

5) Pengaturan tentang iklan sufor, sebagaimana tercantum dalam pasal 19 (e) memungkinkan bermasalah karena produsen akan dengan mudah mengganti materi kampanye mereka dengan iklan di atas 2 tahun, namun tetap dengan merek yang sama dengan susu di bawah 1 tahun.
6) Sehingga, bila ingin angka menyusui di Indonesia meningkat sebagaimana di negara lain, pelarangan iklan susu formula harus dilakukan secara keseluruhan, tanpa pembedaan umur dan jenis produk.
7) Mestinya regulasi ini tidak lagi perlu mengakomodir kepentingan perusahaan sufor, karena selama masih ada celah perusahaan akan melakukan promosi terselubungnya.
8) Terkait dengan indikasi medis, seharusnya PP mengarahkan penggunaan sufor harus dengan resep dokter sebagaimana diterapkan di banyak negara.
9) Dalam konteks otonomi daerah, respon pemerintah daerah perlu membuat peraturan daerah yang mengatur lebih teknis pelaksanaan PP 33/2012, yang juga memuat unsur *reward and punishment* secara lebih tegas.

Keterangan:

1) Sekjen Pengurus Pusat Persakmi.

Promosi Kesehatan dan Upaya Pencegahan

Paradigma Sehat, Tapi Kebijakannya Sakit

Rauf Rahim

Pada pidato kenegaraan 17 Agustus kemarin disampaikan ada 3 kebijakan Presiden Jokowi dalam sektor kesehatan. Salah satunya adalah penegasan pada paradigma sehat dalam pembangunan kesehatan.

Paradigma sehat sederhanya didefinisikan sebagai pelaksanaan kegiatan dan program kesehatan, apakah itu dilaksanakan langsung oleh pemerintah, swasta maupun masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan, tidak hanya pengobatan.

Sebagai kebijakan presiden maka paradigma sehat wajib diterapkan oleh pemerintah provinsi, kabupaten/kota hingga pemerintah terdepan ditingkat desa dan Puskesmas. Program dan kegiatan kesehatan diarahkan pada upaya untuk meningkatkan masyarakat sehat, bukan sekedar menyembuhkan penyakit.

Slogan awam menyatakan bahwa, "*Ingat sehat sebelum sakitmu.*" Kesehatan memang tidak berarti segalanya, tapi tanpa kesehatan maka segalanya tidak berarti. Lebih lanjut, biaya untuk menjaga kesehatan juga terbukti jauh lebih murah dibandingkan biaya untuk pengobatan.

Masih Berparadigma Sakit

Amanah Undang Undang Kesehatan nomor 36 tahun 2009 menyebutkan bahwa anggaran kesehatan di daerah (provinsi, kabupaten/kota) setidaknya mendapatkan proporsi 10% dari APBD. Alokasi anggaran kesehatan Provinsi Kepulauan Riau dari APBD masih sangat rendah. Hanya Kabupaten Bintan yang mempunyai alokasi anggaran lebih dari 10% (Profil Kesehatan Kepri 2014). Kabupaten/kota yang lain diberikan alokasi anggaran belum sesuai dengan amanah Undang-undang.

Minimnya alokasi anggaran sangat tidak sesuai dengan amanah pembangunan kesehatan. Belum lagi proporsi anggaran untuk orang sakit (pengobatan dan

rehabilitasi) dengan anggaran untuk sehat (promosi kesehatan dan pencegahan) yang sangat tidak berimbang.

Anggaran orang sakit contohnya pada alokasi pengadaan alat kesehatan dan rehabilitasi Puskesmas/RS. Termasuk anggaran gaji dan insentif tenaga medis dan paramedis. Jenis anggaran inilah yang tidak pernah absen dalam struktur anggaran kesehatan, sisanya baru dialokasikan untuk yang lainnya.

Anggaran untuk sehat antara lain biaya promosi kesehatan, pengadaan alat dan media penyuluhan serta pengembangan pemberdayaan masyarakat. Proporsi anggaran selain di atas juga lebih banyak tersedot hanya untuk kepentingan pegawai dalam bentuk pertemuan, perjalanan dinas dan ATK.

Ketidaksesuaian kebijakan dengan perundang-undangan kiranya menjadi pertimbangan penting oleh pemerintah dan legislatif dalam penetapan APBD.

Tidak Hanya pada Upaya Pengobatan

Puskesmas memiliki tugas pertanggungjawaban wilayah terhadap pembangunan kesehatan yang berparadigma sehat. Peran tersebut diterapkan dengan struktur organisasi Puskesmas yang menurut Permenkes 75 tahun 2014 tentang Puskesmas terdiri dari penanggung jawab Upaya Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat, penanggung jawab Upaya Kesehatan

Perorangan Kefarmasian dan Laboratorium serta penanggungjawab jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring. Dimana keseluruhannya di bawah pimpinan kepala Puskesmas yang berkompetensi kesehatan masyarakat.

Dengan demikian Puskesmas sekarang tidak lagi dilabeli sebagai rumah sakit terdepan dengan pimpinannya harus dokter. Puskesmas dengan pimpinan berkompetensi kesehatan masyarakat melakukan pelayanan utama di Puskesmas yang diarahkan pada pengembangan kesehatan masyarakat dan pemberdayaan masyarakat.

Kegiatan wajib yang dilaksanakan di Puskesmas dan jaringannya selain pengobatan dan rehabilitasi adalah penyuluhan kesehatan untuk meningkatkan Prilaku Hidup Bersih dan Sehat masyarakat, deteksi dini penyakit dan wabah melalui pencatatan, perlaporan dan surveilans kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat sehingga mereka dapat mandiri dalam menjaga kesehatan ibu hamil, melahirkan, bayi, balita, remaja hingga lansia.

Penyuluh Kesmas sebagai Tenaga Kesehatan Strategis

Peningkatan kesehatan masyarakat akan mengurangi angka kesakitan yang membutuhkan biaya besar untuk pengobatan. Dengan sebaran kepulauan mengakibatkan biaya pengobatan yang dibutuhkan oleh masyarakat oleh masyarakat Kepulauan Riau menjadi lebih besar lagi. Dengan demikian, jika masyarakat sehat terjaga dan angka kesakitan

lebih rendah maka besaran uang yang dihabiskan masyarakat dan pemerintah dapat lebih efisien.

Masyarakat sangat bersyukur dengan program pemerintah provinsi melalui dokter keluarga dan bidan desa yang telah meningkatkan jangkauan pelayanan pengobatan sampai ke desa-desa. Namun program tersebut juga harus dikembangkan dengan penyediaan Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) Sebagai petugas yang berkompeten sebagai penyuluh kesehatan.

Data profil kesehatan 2014 menunjukkan bahwa ketersediaan SKM di desa masih sangat rendah, bahkan banyak Puskesmas yang tidak memiliki tenaga SKM. Sebagian SKM malah pada fungsi yang bukan penyuluh kesmas.

SKM terkadang difungsikan sebagai *customer service* atau rekam medik di rumah sakit, dan bahkan menjadi bendahara di Puskesmas dan dinas. Justru terkadang tenaga fungsional yang lain, seperti dokter dan apoteker, ditempatkan pada fungsi yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat.

Kami sangat mengapresiasi rencana Gubernur dalam rangka optimalisasi peran ASN di Kepulauan Riau, sebagaimana dimuat dalam Tanjungpinang Pos beberapa hari yang lalu. Selain memaksimalkan peran jabatan fungsional juga restrukturisasi jabatan eselon yang dikembalikan kepada kompetensi pendidikan.

Dengan demikian, para tenaga tenaga kesehatan masyarakat akan dikembalikan kepada jabatan yang sesuai

dengan fungsinya. Kebijakan tersebut sangat kami harapkan untuk direalisasikan, sebab menurut hemat kami termasuk dalam upaya mengubah paradigma sakit menjadi paradigma sehat sesuai arahan Presiden.

Paradigma Sehat Tanggung Jawab Bersama

Kesehatan selalu menjadi indikator kesejahteraan dan pembangunan suatu wilayah. Padahal, sektor kesehatan sejatinya hanya sebagai sektor hilir dari aliran pembangunan. Sektor hulu pembangunan adalah ekonomi, pendidikan dan infrastruktur. Jika kedua sektor tersebut bersinergi dalam paradigma sehat maka indikator kesehatan seperti Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Anak, dan kasus gizi buruk dapat ditekan, serta Usia Harapan Hidup dapat lebih ditingkatkan.

Keterlibatan sektor swasta dalam paradigma sehat juga sangat dibutuhkan. Dengan adanya tanggung jawab sosial (CSR) yang menjadi kewajiban swasta, diharapkan dapat diarahkan pada pelaksanaan program dan kegiatan yang berorientasi pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

Terakhir dan kunci utama dalam era pembangunan partisipatif sekarang ini adalah keterlibatan masyarakat. Secara berkelompok maupun individu bersama-sama menerapkan paradigma sehat dalam kehidupan sehari-hari. Apakah itu gaya hidup sehat, keluarga sehat, desa sehat

hingga kabupaten/kota sehat. Dengan sinergi tersebutlah maka paradigma sehat menuju Kepulauan Riau Sehat Sejahtera akan menjadi mungkin terwujud.

Keterangan:

1) Dimuat di Tanjung Pinang Post, Edisi 19 Agustus 2016
2) Pengurus Wilayah Pemuda Muhammadiyah Kepri Riau.

Mengarusutamakan Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

Rachmad A. Pua Geno

Terkait dengan isu kesehatan saat ini, Indonesia mengalami tiga beban sekaligus (*triple health burden*); Pertama, belum terselesaikannya masalah penyakit menular seperti TB, diare, malaria, *immunizable diseases*, penyakit maternal/perinatal. Kedua, muncul masalah kesehatan yang baru yaitu *New Emerging Diseases* seperti Avian Flu, HIV/AIDS, dan penyakit degeneratif diantaranya penyakit sistem sirkulasi, diabetes, dan kanker. Dan yang ketiga, kondisi di mana sistem pemeliharaan kesehatan untuk

mencegah dan mengobati penyakit kronis belum terkelola dengan baik.

Konsekuensi dari transisi kesehatan di Indonesia adalah pemeliharaan kesehatan masyarakat harus dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang berkualitas serta didukung dengan kemajuan teknologi di bidang kesehatan. Kontribusi tenaga kesehatan masyarakat yang professional tentunya sangat penting dalam usaha mengarusutamakan promotif dan preventif dalam antisipasi transisi demografis dan epidemiologi yang sedang terjadi di Indonesia.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Program JKN selama ini kerap mendapat kritik sebagai beban negara karena pemerintah, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan harus menanggung iuran kelompok masyarakat kurang mampu, yang disebut sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI).

Sebagai sebuah kebijakan, BPJS Kesehatan memang dibutuhkan masyarakat. Sudah menjadi kewajiban bagi negara untuk melindungi kesehatan warganya. Hanya, hal itu seharusnya didukung dengan penerapan kebijakan lain.

Mengobati orang sakit memang penting, tetapi mendidik masyarakat untuk hidup sehat jauh lebih penting. Kegiatan promotif dan preventif tersebut sebenarnya menjadi urusan dan tanggung jawab seluruh tingkatan pemerintah. Mulai pemerintah pusat, provinsi, sampai

kabupaten-kota. Jika promosi kesehatan dan pencegahan penyakit bisa dilakukan lebih baik, jumlah orang yang sakit akan berkurang. Dengan demikian, angka klaim BPJS berkurang.

Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (Persakmi) menyadari bahwa program JKN saat ini merupakan kebijakan yang lebih mengedepankan pelayanan kesehatan kuratif-rehabilitatif yang bersifat perorangan. Kekhawatiran akan terjadi *"booming"* permasalahan kesehatan masyarakat pada 4-5 tahun ke depan apabila kebijakan JKN tersebut jika tidak diimbangi dengan pelaksanaan program promotif dan preventif, yang secara *evidence based* telah terbukti lebih efisien dan efektif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pengesampingan upaya promotif-preventif dalam pelaksanaan JKN akan memberikan dampak luar biasa pada pembiayaan kesehatan, dimana beban berat inflasi biaya kesehatan akan dapat mengganggu operasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang pada akhirnya bisa berdampak pula pada bangkrutnya BPJS.

Pemerintah perlu menambah anggaran kesehatan, bukan untuk meningkatkan alokasi anggaran kuratif, tapi untuk meningkatkan anggaran program promotif dan preventif. Pemerintah harus mengembalikan Puskesmas pada fungsi pokoknya, yaitu sebagai Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang berorientasi preventif dan promotif. Karena dikhawatirkan, dengan telah

diterapkannya Puskesmas sebagai pintu pelayanan pertama JKN, Puskesmas akan semakin mengedepankan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat kuratif.

JKN sejatinya merupakan kebijakan pembiayaan untuk pengalihan risiko sakit yang terjadi di masyarakat, meski demikian, pemerintah dihimbau untuk tetap memperhatikan upaya pemberdayaan masyarakat demi tercapainya penguatan kemandirian masyarakat yang sehat produktif. Untuk mencapai hal ini, wacana program 1 desa 1 tenaga kesehatan masyarakat dalam rangka peningkatan pemberdayaan masyarakat dan kemandirian masyarakat agar tetap sehat produktif layak mendapat perhatian pemerintah.

AKI dan AKB

Angka kematian ibu dan angka kematian bayi (AKI dan AKB) merupakan indikator penting dalam pembangunan di suatu negara. Sesungguhnya AKI dan AKB terkait banyak hal di bidang kesehatan seperti pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan anggota masyarakat, pola pencarian pelayanan kesehatan di masyarakat, komunikasi kesehatan, manajemen data kesehatan, manajemen SDM dan organisasi kesehatan, pembiayaan, sistem surveilans kesehatan dll. Diluar bidang kesehatan, AKI dan AKB juga terkait dengan ketersediaan sarana dan prasarana, ekonomi, budaya.

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menyebutkan bahwa AKI di Indonesia adalah 359 per 100 ribu kelahiran hidup, sementara target global MDGs ke-5 adalah menurunkan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Artinya kita gagal mencapai target tersebut.

Hal yang sama dengan data Angka kematian bayi (AKB) di Indonesia yang masih jauh dari angka target MDGs, yaitu AKB tahun 2015 sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup. Sesuai data SDKI 2012, AKB adalah 32 per 1000 kelahiran hidup. Tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN seperti Singapura (3 per 1000 kh), Malaysia (10 per 1000 kh), Vietnam (18 per 1000 kh), dan Thailand (20 per 1000 kh).

Bercermin dari kegagalan mencapai indikator MDGs, pemerintah harus bergerak ke poin lainnya dalam pemecahan masalah kesehatan masyarakat. Sebuah keniscayaan untuk lebih mengarutamakan promotif dan preventif. Biaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit diprioritaskan.

Pemerintah harus menjamin akses masyarakat terhadap program promosi kesehatan dan pencegahan penyakit secara menyeluruh. Tidak hanya pada pelayanan kuratif, tetapi harus menilai efektivitas penerapan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit pada saat ini, dan meningkatkan kapasitas tenaga professional kesehatan

masyarakat dalam rangka menyediakan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit yang efektif.

Keterangan:

1) Dimuat di Harian Padang Ekspres, edisi 6 September 2017
2) Sekjen Pengurus Pusat Persakmi.

Mudik dan Kejadian Luar Biasa

Ilham Akhsanu Ridlo

Arus mudik dan balik sudah memasuki fase terakhir minggu ini, momentum mobilisasi manusia yang paling besar itu sudah kita lewati. Tidak muluk jika pada kolom Opini/Jati diri Jawa Pos edisi Selasa 12 Juli 2016 kemarin menyoal perihal siapa yang patut bertanggung jawab atas krisis mudik minggu lalu yang menyisakan kejadian luar biasa (KLB) kecelakaan lalu lintas dalam jalan tol dengan korban jiwa 12 orang meninggal dunia.

Kemudian muncullah istilah baru "KLB Brexit (Brebes-*Exit*)". Dalam artikel tersebut memandang sebuah cara

pandang yang kita namakan *sense of crisis* dari pejabat kita yang cenderung menanggapi kejadian Brexit kemarin dengan nada yang kalem.

Jika kita melihat angka kecelakaan arus mudik dan balik di NTMC Korlantas Polri (10 hari gelar operasi Ramadniya) menyatakan terdapat penurunan jumlah kecelakaan lalu lintas dibandingkan dengan tahun 2015 kemarin. Dari data yang didapat dari laporan 32 kepolisian Daerah (POLDA) di seluruh Indonesia terjadi 1.947 kecelakaan lalu lintas. Dari jumlah tersebut terdapat 366 orang meninggal dunia,

634 orang luka berat, dan 2.537 luka ringan. Sedangkan pada tahun 2015 kemarin Korlantas Polri mencatat terdapat sebanyak 2.228 kecelakaan lalu lintas dengan 464 orang meninggal dunia, 817 orang luka berat dan 2.917 luka ringan. Di atas kertas kita melihat sebuah penurunan angka kecelakaan, tetapi angka tersebut adalah sejumlah angka yang berisi jumlah jiwa yang melayang percuma di jalan raya dalam tempo yang bersamaan. Bukan sebuah angka kejadian penyakit yang jamak kita lebih melihatnya sebagai sebuah kejadian luar biasa.

Ironisnya dari jumlah angka kecelakaan tersebut, terdapat 12 orang korban meninggal yang sebenarnya tidak tercatat sebagai korban kecelakaan. Bahwa Menteri Perhubungan Ignasius Jonan menganggap kematian 12 orang di *Exit* Tol Brebes tersebut bukan karena masalah kemacetan tetapi lebih karena penyakit bawaan korban. Alasan tersebut

terlihat rasional, tetapi jika kita melihat patofisiologi penyebab kematian korban maka bisa dimungkinkan salah satunya karena faktor kondisi lingkungan (Kemacetan dan Suhu). Sudah selayaknya kita tidak hanya memandang kejadian kematian di jalan raya apapun faktor resikonya sebagai sebuah takdir belaka. Tentu sebagai sebuah sistem, negara harus hadir dan pemerintah tampil menjamin angka kecelakaan dapat ditekan ke arah *zero accident.*

Memandang Kecelakaan Lalu Lintas sebagai Kejadian Luar Biasa

Dalam perspektif kesehatan masyarakat, Kecelakaan Lalu Lintas (KLL) pada arus mudik dan balik dapat dipandang sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB). Mengingat definisi dari KLB itu sendiri merupakan timbulnya suatu kejadian kesakitan/ kematian dan atau meningkatnya suatu kejadian kesakitan/ kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu kelompok penduduk dalam kurun waktu tertentu, kurun waktu Idul Fitri/Lebaran.

Kasus kecelakaan lalu lintas di jalan raya adalah sebuah keadaan serius yang menjadi masalah kesehatan di negara maju maupun berkembang. Di Indonesia perkembangan ekonomi dan industri yang menjadi tulang punggung negara memberikan sumbangan insiden kecelakaan lalu lintas. Hal ini disebabkan oleh ketidakseimbangan antara pertumbuhan jumlah kendaraan,

sekitar 11% per tahun (tahun 2013), dengan pertumbuhan prasarana jalan hanya masih di kisaran 5% per tahun.

Sebuah Pendekatan Pencegahan

Ada banyak faktor yang menjadi faktor risiko dalam kecelakaan lalu lintas dan kasus kematian di jalan raya. Diantaranya adalah *faktor manusia* (pengemudi, penumpang, pemakai jalan), faktor kendaraan, faktor kondisi jalan, dan faktor lingkungan (cuaca dan geografis).

Beberapa faktor utama tersebut perlu untuk dikendalikan dan menjadi konsentrasi bagi para *stakeholder* jalan raya. Langkah yang lebih *humanis* dalam mengatasi KLB kecelakaan lalu lintas salah satunya dengan pendekatan pencegahan (*preventif-promotif*).

Selain fasilitas beban fisik jalan raya/tol yang harus diukur dengan kuantitas arus kendaraan, maka pemerintah harus membuat hitungan statistik yang cermat mengenai jumlah pemudik dengan kendaraan pribadi dan umum. Kemudian perkiraan data itu harus ditunjang dengan dukungan kebijakan yang proaktif dan tidak reaktif.

Semua langkah pencegahan itu sendiri sejatinya sudah tertuang dalan Undang-Undang Lalu Lintas Nomor 22 tahun 2009 bagian pertama pasal 226 dengan melakukan upaya partisipasi para *stakeholder* (pemangku kepentingan), pemberdayaan masyarakat, *law enforcement,* dan kemitraan global.

Dari semua pelaksanaan kebijakan diatas, cara pandang para *stakeholder* terkait harus berubah. Kejadian Luar Biasa (KLB) kecelakaan lalu lintas harus dilihat tidak sebatas takdir dengan cara mengasah *'sense of crisis'* sehingga angka kecelakaan bukan lagi sebuah angka tanpa makna belaka.

Keterangan:

1) Staf Pengajar di Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Pokemon Go dan Kesehatan

Pulung Siswantara

Saat ini indonesia sedang dijangkiti wabah baru, bukan sebuah penyakit ataupun sebuah ancaman keamanan, tapi sebuah permainan yang mampu membuat banyak orang terbius untuk memainkannya. Pokemon Go, sebuah permainan buatan Niantic Labs dan The Pokemon Company yang membuat banyak orang tertarik untuk memainkannya.

Karakter yang sebenarnya sudah ada di era tahun 90-an, saat ini menjadi *booming* baru di kalangan masyarakat. Kehebohan muncul ketika Pokemon Go dirilis pada tanggal 6 Juli lalu di Amerika Serikat, Australia dan Selandia Baru

dengan bentuk permainan *augmented reality*, dimana memungkinkan kita untuk menikmati penggabungan dunia nyata dan dunia maya pada waktu yang bersamaan. Tentu saja kita memerlukan *smartphone* yang kita gunakan untuk menggabungkannya, melalui layar *smartphone* kita akan melihat bagaimana karakter pokemon itu bisa muncul dan kita bisa memainkannya

Kehebohan lebih besar sebenarnya muncul karena berita yang muncul setelah Pokemon Go dirilis, mulai pekerja yang dipecat dari pekerjaannya, kecelakaan yang disebabkan karena memainkan permainan ini, bahkan sampai dengan isu intelejen yang dikeluarkan oleh beberapa pihak. Beberapa pakar mulai membahas hal itu, tapi belum sampai bagaimana dampak terhadap kesehatan.

Sebelum kita membahas tentang hubungannya dengan kesehatan tentu kita harus memahami dulu tentang pengertian kesehatan itu sendiri. *World Health Organization* (WHO) membuat defenisi secara universal tentang sehat, WHO menyatakan bahwa pengertian sehat adalah suatu keadaan kondisi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial yang merupakan satu kesatuan dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Dari pengertian itu bisa diambil sebuah rangkuman bahwa kesehatan itu bukan hanya masalah fisik, tapi juga ada aspek lain yang mendukung sebuah kesehatan.

Apabila kita melihat kembali permainan Pokemon Go dari sisi kesehatan fisik, sebenarnya permainan ini

berdampak pada kesehatan fisik. Kesehatan fisik adalah ketika seseorang tidak mengeluhkan merasa sakit, maupun secara penilaian obyektif tidak merasa sakit.

Permainan dalam Pokemon Go mampu memaksa kita untuk bergerak, karena dalam permainan ini kita diharuskan mencari monster digital pada lingkungan fisik mereka. Kita dipaksa berkeliling dengan tanda yang sudah diberikan di layar gadget kita sehingga kita akan terus bergerak kesana kemari. Gerakan fisik yang kita lakukan tentu akan berdampak yang sama seperti kita olahraga ringan. Hal ini yang membuat permainan ini akan membantu kita dalam kesehatan fisik. Bagaimana dengan kesehatan sosial dan mental?

Sangat sulit ketika kita melihat dampak pada kesehatan sosial dan mental dari permainan ini, apakah berdampak baik atau tidak? Sebuah permainan ataupun perilaku mempunyai risiko untuk menjadi adiksi, adiksi adalah keadaan dimana seseorang menyukai sebuah dan dia akan mengalami ketagihan, apabila orang tersebut tidak mengkonsumsi dalam hal ini mungkin memainkan maka ia akan mengalami ‘kegelisahan’. Pada tahap ini para pemain akan gampang sekali untuk tergoda memainkan permainan ini kapan saja dan dimana saja, tahap ini sangat gampang sekali timbul dikarenakan jenis permainan dari Pokemon Go yang mampu menggabungkan antara dunia nyata dan dunia permainan.

Dilihat dari segi sosial, sebenarnya permainan Pokemon Go juga mempunyai dampak yang positif dan negatif. Pokestop dan gym dalam permainan pokemon merupakan sebuah tempat yang dikunjungi semua pemain karena disana mereka mencari kebutuhan permainan dan "bertarung" antar pemain. Tentunya apabila kita melihat ini sebagai sebuah interaksi sosial tentu sangat baik untuk kesehatan sosial dari manusia, karena mereka berkumpul dengan orang lain dan berinteraksi. Mereka tentu tidak selamanya berinteraksi dengan layar gadget, dan akan berinteraksi dengan pemain lain dan orang baru.

Masalah muncul dalam permainan ini ketika kita melihat banyaknya keluhan pemain yang tidak memperhatikan keselamatan mereka ketika sedang memainkan Pokemon Go. Beberapa memainkan Pokemon Go ini dengan berkendara. Hal ini dikeluhkan beberapa orang karena dianggap membahayakan keselamatan. Tentu saja hal ini sangat membahayakan dari segi kesehatan dan keselamatan.

Menurut Undang undang no 22 tahun 2009 tentang lalu lintas dan angkutan jalan pasal 283 menyatakan bahwa, *"Setiap orang yang mengemudikan kendaraan bermotor di jalan secara tidak wajar dan melakukan kegiatan lain atau dipengaruhi oleh suatu keadaan yang mengakibatkan gangguan konsentrasi dalam mengemudi bisa dikenakan denda."* Merujuk dari hal itu, tentu saja memang bukan permainan Pokemon Go yang menjadi sasaran utama, tetapi

mengingatkan kita bahwa mengemudi dan melakukan kegiatan lain yang mengganggu konsentrasi kita tentunya sangat membahayakan keselamatan kita.

Sangat naif ketika kita mengatakan permainan Pokemon Go ini sebagai permainan yang membahayakan atau yang mendukung kesehatan secara tegas, tetapi diperlukan sebuah pertimbangan dan kedewasaan yang sangat baik dari para pemain. Permainan ini bisa berakibat positif dan juga bisa berakibat negatif tergantung bagaimana kita memainkan, dan mampu memisahkan kehidupan nyata dan permainan ini secara tegas.

Keterangan:

1) Ketua Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga.

Kasus Vaksin Palsu;
Apologi Menolak Vaksinasi?

Ilham Akhsanu Ridlo

Pengungkapan Fasilitas Kesehatan yang diduga menggunakan vaksin palsu oleh Menteri Kesehatan Nila Moeloek pada akhirnya mengungkap identitas sebanyak 14 rumah sakit (RS), 6 bidan mandiri, dan 2 klinik. Kabar itu sulit dipungkiri telah menimbulkan rasa was-was bagi masyarakat. Padahal sejatinya bulan Maret yang lalu, Pemerintah telah menyelenggarakan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) yang tujuannya memperluas cakupan imunisasi Polio terutama pada anak-anak usia 0-59 bulan.

Selain itu, pemerintah menetapkan target eradikasi Polio pada tahun 2020 dengan meningkatkan level imunitas terhadap Polio di populasi (*herd immunity*) diatas 95%. Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Balitbang Kementerian Kesehatan pada tahun 2013, cakupan imunisasi dasar lengkap masih jauh dari target Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014.

Pada tahun 2013, Kementerian menetapkan target cakupan imunisasi dasar sebesar 88%, sedang data Riskesdas menunjukkan cakupan imunisasi dasar baru mencapai angka 59,2%, sehingga diperkirakan masih ada 3,9 juta balita yang diimunisasi tidak lengkap atau bahkan tidak pernah diimunisasi sama sekali.

Diantara berbagai alasan keengganan orangtua untuk mengimunisasi anaknya, yang paling menonjol adalah persoalan sulitnya akses terhadap layanan kesehatan dan perdebatan soal kehalalan dan keamanan vaksin.

Pertanyaan keamanan vaksin pada saat ini kembali menjadi isu nasional sebagai dampak diusutnya kasus vaksin palsu? Hal ini dikhawatirkan menjadi apologi bagi sebagian orang terhadap manfaatnya yang jauh lebih besar. Padahal, dalam kacamata kebijakan, imunisasi mempunyai dampak yang luar biasa; tidak hanya berpotensi menyelamatkan banyak jiwa, namun juga menjamin kesejahteraan suatu bangsa.

Eksternalitas positif

Relasi antara kesehatan dengan kesejahteraan merupakan topik yang amat digemari oleh para peneliti kebijakan kesehatan. Sudah menjadi logika umum bahwa kesehatan dan kesejahteraan memiliki hubungan timbal-balik, bangsa yang sejahtera tentunya memiliki rakyat yang sehat dan sebaliknya, bangsa yang rakyatnya sehat tentunya akan sejahtera.

Vaksinasi, dalam kacamata kebijakan, merupakan proses yang penting dalam mencegah keluarnya *inefficient cost*. Misalnya, dengan melakukan vaksinasi DPT pada anak-anak kita, orangtua (dan negara) dapat terhindar dari potensi pengeluaran biaya kesehatan yang harus ditanggung apabila anaknya menderita difteri, pertusis atau tetanus.

Selain itu, vaksinasi dapat mencegah kecacatan permanen yang mungkin diderita anak apabila ia menderita penyakit seperti polio. Oleh karena itu, dengan memberikan imunisasi pada anak, mereka dapat tumbuh sehat dan menjadi manusia produktif, sedangkan orangtua (dan negara) akan terhindar dari pengeluaran yang tidak perlu. Prinsip inilah yang dikenal dengan eksternalitas positif dalam kajian ekonomi kesehatan.

Dalam riset yang dilakukan oleh Bloom, Canning dan Weston (2005) disebutkan bahwa potensi keuntungan ekonomis yang mungkin dicapai dengan melakukan imunisasi adalah sekitar 12% pada tahun 2005 dan 18% pada tahun

2020. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Ozawa, dkk. (2011) menyebutkan bahwa imunisasi tidak hanya berpotensi menyelamatkan 6,4 juta jiwa bayi di seluruh dunia, melainkan juga $231 juta *treatment cost* yang tidak perlu.

Selain itu, dengan cakupan imunisasi yang tinggi, *herd immunity* atau imunitas kelompok dapat tercapai. Artinya, semakin banyak anak yang diimunisasi, penyakit akan tereradiksi dengan sendirinya sekaligus melindungi penularan kepada anak yang tidak diimunisasi. Oleh karena itu, imunisasi tidak hanya sekedar melindungi satu-dua anak saja, namun punya amplifikasi efek positif yang cukup besar di level sosiologis.

Akankah Kampanye Antivaksin Berujung Sukses?

Pada bulan Januari 2016, Majelis Ulama Indonesia (MUI) pusat mengeluarkan fatwa yang menyebutkan bahwa imunisasi hukumnya wajib apabila dapat berpotensi menyebabkan kematian, penyakit berat dan kecacatan permanen. Pun halnya beberapa ormas islam lainnya seperti Muhammadiyah dan Nadhlatul Ulama yang mengkonfirmasi bolehnya penggunaan vaksin dengan mempertimbangkan derajat urgensitasnya. Tentunya dapat disimpulkan bahwa imunisasi dasar (BCG, Polio, DPT-HiB, Hepatitis B dan Campak) wajib untuk diberikan dan tidak ada lagi alasan yang kuat untuk bersikap resisten terhadap imunisasi.

Jika dilihat dari fatwa yang sampaikan oleh Majelis Ulama Indonesia (MUI) tersebut maka menjadi sebuah *paradoks* dengan adanya kasus vaksin palsu yang sudah menjadikan 13 orang sebagai tersangka terdiri dari tujuh orang produsen, tiga kurir, dua penjual dan satu pencetak label. Jika saja pertanyaan perihal kehalalan vaksin sudah bisa dijawab melalui fatwa tetapi bagaimana dengan masalah keamanan?

Alasan keamanan, sudah dijawab oleh Kementrian Kesehatan RI melalui surat edaran terkait Vaksin Palsu pada tanggal 4 Juni 2016. Beberapa poin penting diantaranya adalah himbauan bagi para pelaksana pelayanan imunisasi untuk membeli vaksin dari distribusi resmi PT. Biofarma atau menggunakan vaksin di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Singkatnya adalah pemerintah memastikan keamanan vaksin di fasilitas kesehatan milik pemerintah.

Tanpa mengurangi semangat untuk terus mendukung pengusutan kasus vaksin palsu yang saat ini sudah mulai menemui titik terang, sudah selayaknya kaum anti vaksin tidak menjadikan isu keamanan ini sebagai salah satu alat untuk 'menggembosi' upaya pemerintah dalam meningkatkan cakupan imunisasi dan upaya menghindarkan bangsa Indonesia dari ketertinggalan melawan polio dan penyakit lainnya.

Saya berharap semoga kasus vaksin palsu ini tidak dijadikan justifikasi oleh kaum anti vaksin, terlebih digunakan sebagai kampanye negatif untuk menanamkan *belief* yang

keliru pada masyarakat bahwa vaksinasi dan imunisasi tidak aman bagi anak-anak.

Imunisasi sudah selayaknya dipandang lebih dari sekedar persoalan mikro. Seharusnya orangtua sadar bahwa dengan memvaksinasi anak-anaknya, mereka juga sedang melindungi anak-anak lainnya yang tidak berkesempatan mendapatkan imunisasi. Berupaya mencari informasi dari tenaga ahli yang kompeten juga merupakan hal yang penting untuk memastikan dan menjamin keamanan vaksin, agar orangtua tidak lagi disesatkan oleh logika-logika yang irasional dan informasi yang menyesatkan soal imunisasi.

Memilih fasilitas kesehatan yang terpercaya, terutama fasilitas kesehatan milik pemerintah, untuk mendapatkan vaksinasi gratis dari pemerintah, menjadi hal penting yang harus diperhatikan oleh orangtua. Para orangtua juga tak perlu ragu untuk memvaksinasi anaknya di Puskesmas terdekat karena telah terbukti aman dari mata rantai distribusi vaksin palsu. Oleh karenanya, memberikan anak-anaknya imunisasi dasar yang lengkap sesuai anjuran pemerintah sejatinya merupakan wujud cinta kasih orangtua kepada anaknya.

Keterangan:

1) Dimuat di selasar.com, pada Juni 2017
2) Staf Pengajar di Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Wajah Buram Dunia Kesehatan Anak Indonesia

Pulung Siswantara

Tanggal 23 juli kemarin kita baru saja memperingati hari anak nasional. Tema pada peringatan hari anak nasional tahun ini adalah “Akhiri Kekerasan pada Anak”. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) dalam *press conference*-nya juga mengajak semua pihak untuk mengakhiri kekerasan kepada anak.

Menurut definisinya, anak adalah seorang lelaki atau perempuan yang belum dewasa atau belum mengalami masa

pubertas. Anak merupakan generasi penerus bangsa yang pada masa akan datang mereka, yang akan menjalankan kehidupan, baik di segi pemerintahan, ekonomi, pendidikan maupu kesehatan. Mereka ini yang akan menjadi presiden, mentri, dokter, guru dan pelaku ekonomi. Menyiapkan penerus yang sehat artinya akan menjadikan masa depan menjadi lebih baik.

Ketika sedang memperingati hari anak kemarin, kita juga sedang disuguhkan berbagai permasalahan yang muncul di dunia kesehatan anak. Pertama, kita dihebohkan dengan kasus vaksin palsu yang secara jelas kita ketahui korban terbesarnya adalah anak. Belum habis keterkejutan kita dengan kasus vaksin palsu, muncul kasus obesitas ekstrem pada anak di Karawang. Kasus di Karawang masih berlanjut lagi dengan kasus obesitas ekstrem di Palembang, yang kali ini mengakibatkan sang anak koma dan dirawat di rumah sakit.

Permasalahan belum berhenti sampai disitu, muncul berita yang membuat kita menggelangkan kepala dan sekaligus mengelus dada. Sehari setelah hari anak nasional, Jawa Pos membuat tulisan tentang pengedar narkoba anak, yang mereka sudah kecanduan terlebih dahulu.

Tentu saja masalah bukan hanya pada hari ini saja, tapi mari kita melihat ke belakang, tentang kasus kekerasan seksual pada anak, penjualan anak, dan kematian anak yang masih menjadi musuh besar dunia kesehatan anak di Indonesia.

Melihat dari sisi kehidupan sosial, anak adalah makhluk yang mempunyai ketergantungan yang sangat besar kepada orang lain. Mereka belum mampu secara ekonomi untuk mencukupi kebutuhan hidup mereka sendiri. Keadaan ini membuat anak mempunyai kekuatan yang sangat lemah, bahkan dalam menentukan keputusan untuk kehidupan mereka, juga dalam hal kesehatan yang merupakan pondasi kehidupan.

Dunia kesehatan anak yang merupakan pagar depan dalam menjamin kesehatan anak, masih sangat dipengaruhi campur tangan orang dewasa. Anak tidak bisa menentukan keputusan tentang siapa yang akan menangani kesehatan mereka, siapa yang akan mendidik mereka, bahkan terkadang mereka tidak mampu menolak untuk melakukan sesuatu yang terkadang berbahaya untuk kesehatan mereka. Karena ketergantungannya kepada orang lain membuat mereka terkadang berdiri pada area yang berisiko.

Anak masih tergantung pada orang dewasa, dalam hal ini orang tua atau orang lain, bisa diartikan bahwa orang dewasalah yang harus melindungi dan membimbing mereka. Kasus kekerasan pada anak dan eksploitasi seksual, apabila kita melihat latar belakangnya, sebagian besar malah berasal dari orang terdekat, yang seharusnya melindungi anak-anak tersebut.

Belum lagi masalah kesehatan, anak yang mencari perlindungan dan kesehatan dari keluarga masih dirusak dengan beberapa hal. Orang tua maupun orang dewasa lain

yang berada di sekitar anak yang harusnya menjaga dan meningkatkan kesehatan anak, ternyata dalam beberapa kasus ditemukan malah menjadi contoh buruk buat anak. Orang tua yang masih merokok di dekat anak, kekerasan baik verbal maupun fisik yang dilakukan baik kepada anak maupun di sekitar anak, merupakan hal yang bisa mempengaruhi perkembangan anak.

Anak yang dibesarkan pada lingkungan dengan memperlihatkan contoh yang buruk bisa membuat mereka mengadopsi hal tersebut. Sesuai dengan teori belajar sosial yang dikemukakan oleh Albert Bandura, dalam penelitiannya yang terkenal, “Bobo Doll”, yang berhasil menyimpulkan bahwa anak yang diperlihatkan dengan perilaku agresif akan mengadopsi perilaku agresif tersebut.

Kasus kesehatan anak masih terus dihantui dengan masalah gizi anak, belum lagi masalah penyakit menular yang terus menerus mengancam kesehatan anak Indonesia dan juga kasus kesulitan belajar. Permasalahan itu seakan mempertegas wajah buruk dunia kesehatan anak di Indonesia saat ini. Hal itu juga diperburuk dengan akses pendidikan yang belum merata dan tenaga kerja anak yang masih ditemukan di sekitar kita.

Kepada siapa kita akan berharap banyak dalam perubahan agar menjadikan dunia kesehatan anak di Indonesia lebih indah? Kita sangat berharap banyak pada orang dewasa yang ada di sekitar anak. Tidak hanya orang tua ataupun guru, orang dewasa yang harusnya ikut

memperbaiki hal ini juga termasuk saudara, tetangga, tenaga kesehatan dan juga orang yang menjadi panutan anak.

Peranan semua orang dewasa ini sangat dominan dan dapat menentukan kualitas kesehatan anak di kemudian hari. Lingkungan yang peka terhadap anak dan bagaimana permasalahan yang menyangkut kesehatan dan faktor yang mempengaruhi kesehatan dapat mencegah masalah anak menjadi lebih buruk. Sehingga mimpi untuk menciptakan generasi yang sehat dan berprestasi bisa kita wujudkan.

Keterangan:

1) Ketua Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga.

Memahami Kembali Lampu Lalu Lintas

Fenny Raharyanti

Indahnya sebuah kota, bukan hanya penuh dihiasi bunga di dalam taman, pepohonan yang menyejukkan dan sampah yang tersimpan rapi. Tetapi juga manakala tersusun rapi jalannya, lengkap dengan marka jalan yang sangat detil, plus perilaku berkendara yang terdidik dan terlatih. Tidak ada peraturan yang bermanfaat, kecuali ditaati dilaksanakan sepenuh hati.

Saat ini saya sedang berada di suatu tempat, di mana berkendara dengan kecepatan 120 km/jam merupakan suatu keharusan. Tentu saja hal ini berita gembira bagi para

pembalap. Tapi apakah memang semudah itu tancap gas? Syarat dan ketentuan berlaku.

Di sebagian negara maju, fasilitas umum dalam kota berupa transportasi dalam bentuk kereta, bis ataupun bentuk kendaraan lainnya, menjadi solusi yang sangat membantu masyarakat untuk bepergian. Namun bagaimana halnya jika suatu negara tidak atau belum menyelenggarakan transportasi umum? Mau tidak mau penduduk di negeri itu memiliki ataupun menyewa mobil pribadi.

Memetik pelajaran yang baik dari sebuah negara, sebutlah Kesultanan Oman. Negeri ini luar biasa dilimpahi rezeki yang begitu tiada tara dari Sang Pencipta. Di bawah pimpinan seorang sultan yang dicintai oleh rakyat sedemikian rupa sehingga negara ini makmur, aman, sentosa dan juga dihiasi lukisan alam yang membuat hati tergetar untuk menikmatinya. Pembangunan infrastruktur yang begitu terencana, salah satunya jalan umum berkualitas tinggi, sehingga semua orang dapat merasakan manfaatnya.

Negeri ini mempunyai luas wilayah sekitar 309 km^2 dengan populasi 4,7 juta penduduk. Mungkin saja dengan kemampuan daya beli masyarakatnya untuk moda transportasi sebagai kebutuhan penting, dan ketersediaan jalan yang memadai, menjadikan negara ini belum merasa perlu untuk menyediakan *commuter line*, kecuali bis dan taksi.

Bebas dalam menentukan merk mobil apa yang akan dimiliki, bukan berarti bebas juga dalam menggunakan jalan.

Pihak kepolisian membuat suatu aturan, bagi siapa saja yang sudah mencukupi usia untuk menyetir, terlebih dahulu harus melakukan latihan di bawah bimbingan seorang instruktur sampai dinyatakan lulus pada saat tes untuk mendapatkan *driving licence*. Tes ini berlaku untuk mereka yang sama sekali belum dapat mengemudi sebelumnya, dan bagi para pendatang yang pemahaman aturan lalu lintasnya harus ada penyesuaian.

Bagi pendatang yang sistem lalulintasnya sudah setara, tinggal mengkonversi saja. Tujuannya adalah bukan sekedar formalitas, tapi untuk memberikan pemahaman bagi calon pengemudi supaya familiar dengan komunitas jalan dan aturannya.

Di Oman menggunakan stir kiri, tentu sangat berbeda kebiasaan dengan stir kanan. Belum lagi harus bertemu dengan bunderan atau *round about*, yaitu jalan searah memutar dengan dua atau tiga lajur, yang mana kita harus perhatikan betul ada di mana posisi kita, di lingkar luar atau dalamkah? Karena selama kita masih di jalan melingkar ini, posisi kita harus konsisten atau dilarang keras menyalip silang, karena rawan bersenggolan dengan kendaraan lain yang dapat mengakibatkan terjadinya kecelakaan dan gangguan kemacetan. Selain juga kecepatannya harus dikurangi dari 60 km/jam menjadi 20-25 km/jam. Hal ini berlaku juga pada saat kita melewati tingkatan jalan yang berbeda.

Jika tertulis 40, 50, 60, 100 bahkan 120 km/jam, maka semua mobil hendaknya seirama untuk berkecepatan sesuai aturan. Jika tidak, akan membahayakan keselamatan mobil itu sendiri.

Tidak kalah pentingnya, patuh akan lampu lalu lintas. Jangan sampai tergoda karena jalan kosong meskipun lampu sedang merah, main terabas saja, karena kamera pengintai siap memotret Anda kapanpun. Kemungkinan terburuknya, jika si pengemudi seorang *expat* maka dipersilakan untuk kembali ke negaranya alias deportasi. Mengerikan, bukan?

Sekarang, mari bercermin pada perilaku berkendara kita di tanah air. Apa yang anda lakukan terhadap kendaraan yang dinaiki? baik mobil maupun motor, ketika lampu lalu lintas akan berubah antara hijau menuju merah? Bisa tekan gas, bisa juga mengerem untuk memperlambat laju kendaraan. Kebiasaan kita, mumpung masih hijau, daripada lama lagi kena warna merah, ingin cepat sampai, dan juga diklakson mobil belakang karena gemas dengan laju kita yang lambat, maka pada umumnya di antara kita lebih banyak yang menekan gas dibandingkan dengan mengerem. Benarkah tindakan tersebut ?

Lampu lalu lintas tercantum dalam Undang-undang Nomor 22 tahun 2009 tentang Lalu Lintas dan Angkutan Jalan, yaitu alat pemberi isyarat lalu lintas. Secara umum, bahkan sejak taman kanak-kanak, kita telah diperkenalkan bahwa lampu merah harus berhenti, lampu kuning berhati hati, dan lampu hijau harus berjalan.

Di beberapa lampu lalu lintas kini telah disertai pula waktu tunggu, biasanya terbilang mundur, agar pengguna jalan dapat mengetahui perkiraan perubahan perhentian maupun laju kembali kendaraan.

Dengan adanya *timer* tersebut, di saat lampu masih berwarna merah, seseorang akan bersiap mengatur persneling gigi 1 bagi manual ataupun berancang-ancang ke huruf D bagi *matic.* Sehingga pada saatnya warna hijau muncul, maka kendaraan dapat langsung melaju.

Begitupun halnya dengan perubahan dari warna hijau menuju merah, maka kendaraan dapat memperlambat lajunya untuk berhenti. Bisa juga perubahan antara lampu hijau menuju merah dapat ditandai dengan kedipan. Jadi, saat lampu hijau mendekati saat lampu merah, lampu hijau berkedip-kedip, yang memberikan sinyal kepada pengendara untuk siap-siap berhenti.

Pengguna jalan bukan hanya yang ada di dalam kendaraan, namun pejalan kaki pun berhak memperoleh keselamatan dan kenyamanan. Dengan prinsip yang sama, pengaturan lampu lalu lintas untuk pejalan kaki bersinergi dengan kendaraan. Itulah sebabnya, mengapa memperlambat kendaraan saat akan lampu merah lebih utama dibandingkan dengan tancap gas? Karena di persimpangan jalan sangat besar kemungkinan masih ada kendaraan di barisan belakang yang tersisa pada giliran lampu merah, begitupun bisa saja masih ada pengguna jalan

yang masih melintas. Juga untuk memberikan ruang pejalan kaki yang melintas pada *zebracross* dengan leluasa.

Pada saat ini kita masih kurang memaksimalkan fungsi lampu kuning. Padahal, dengan memperlambat laju kendaraan pada saat lampu kuning, kendaraanpun dapat diatur jaraknya agar tidak melewati garis batas. Inilah fenomena yang terjadi, menyepelekan hal yang dianggap kecil namun dapat berakibat fatal. Sama halnya dengan peringatan tidak menggunakan telepon genggam saat berkendara, baik menelepon langsung ataupun menuliskan pesan.

Sangat beruntung saat ini pemerintah mulai menerapkan sistem perekaman di jalan raya, sehingga barang siapa yang melakukan pelanggaran, maka mereka tidak dapat lagi berkelit, karena bukti otentik sudah ada.

Peraturan bukan untuk ditakuti, tetapi ditaati, sehingga lambat laun akan mengubah kebiasaan kita menjadi lebih baik dan berperilaku terpuji untuk keselamatan diri dan juga keluarga.

Mulailah mematri diri bahwa keselamatan jiwa merupakan bentuk kasih sayang Anda pada keluarga. Bukan hanya kehilangan seseorang yang dicintai, tetapi juga berpengaruh pada kerugian materi, kehilangan tulang punggung keluarga, terlepas dari penjaminan asuransi.

Seat belt bukan untuk mengekang, tapi sebagai upaya proteksi mengalami benturan dari kejadian yang tidak diinginkan.

Perilaku berkendara ini amat erat berkaitan dengan dua bidang kesehatan masyarakat, yaitu Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) dan Promosi Kesehatan, dengan cakupannya adalah edukasi masyarakat dalam mengubah gaya hidup ke arah yang lebih baik.

Sebagai insan kesmas, tentu hal seperti ini wajib diperhatikan. Bukan saja bagi kehidupan pribadi, tapi juga disosialisasikan kepada masyarakat sehingga tumbuh kesadaran dalam berkendara lebih baik lagi.

Permasalahan kecelakaan lalu lintas, bahkan hingga memakan korban, dapat dicegah dengan perilaku berkendara yang baik dan benar. Tentu saja pembelajaran ini membutuhkan kesabaran. Dengan demikian, angka kejadian akibat kecelakaan lalu lintas dapat diminimalisasi.

Berdasarkan database KNKT, 31 Oktober 2016, persentase investigasi kecelakaan lalu lintas dan angkutan jalan tahun 2010-2016 karena tabrakan sebesar 68,29%, terguling 26,83% dan terbakar 4,88%.

Sedang persentase faktor penyebab kecelakaan lalu lintas karena faktor manusia sebesar 69,70%, sarana 21,21%, dan prasarana 9,09%. Data ini menggambarkan bahwa perilaku manusia merupakan kendali utama dalam keselamatan.

Keterangan:

1) Staf Pengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Ibnu Khaldun, Bogor

Pembiayaan Kesehatan

JKN, Pekerjaan Rumah Bersama

Afiati H. Kresnawati

Belum lama beredar kabar Jaminan Kesehatan Nasinal (JKN) kolaps. Banyak menuai kontradiksi. Bahkan ada daerah yang menolak menjadi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJSK).

Sebenarnya BPJSK sebagai lembaga *single payer* dalam sistem jaminan sosial yang *tripartite* sudah cukup kredibel dengan prestasi yang diperoleh, seperti Laporan Keuangan dengan Wajar Tanpa Pengecualian, penghargaan *Good Governance* dengan predikat sangat baik, bahkan

beberapa tahun berturut-turut membayar biaya kepada fasilitas kesehatan selalu melebihi dari iuran yang masuk.

Pengeluaran diperparah pada tahun 2015, dengan terjadinya *adverse selection* (peserta berisiko karena tanpa *underwriting*), sebanyak Rp 16,9 triliun dana iuran peserta BPJSK terserap untuk membiayai penyakit katastrofis berbiaya tinggi. Pengeluaran terbanyak dari peserta mandiri (dua pertiga total pasien), sehingga terjadi subsidi terbalik masyarakat miskin menyubsidi masyarakat non miskin. Tidak jarang pula dijumpai peserta dengan penyakit non katastrofis setelah sembuh sakit menjadi *lapse* (berhenti membayar iuran).

Bagaimana Agar *Sustainable*?

Dua tahun JKN dengan support pemerintah sudah banyak memberikan keringanan untuk masyarakat, termasuk masyarakat miskin dan hampir miskin. JKN harus terus dilanjutkan, tentunya dengan banyak penyempurnaan supaya *win win solution* bagi semua pihak juga menurunkan *out of pocket* yang terus meningkat. Sustaibabilitas dicapai dengan menambah kepesertaan, baik dari pemerintah dan pemerintah daerah.

Untuk pemerintah daerah masih menunggu integrasi Jamkesda ke JKN yang belum lancar berjalan. Beberapa terjadi karena berbagai pertimbangan, meliputi terbatasnya kemampuan fiskal daerah, komitmen pimpinan daerah, serta

penyesuaian dengan regulasi yang ada. Sebenarnya *bargaining power* sebagian besar pada bervariasinya manfaat, serta kemungkinan nilai efektif efisien *cost,* juga menumpuknya piutang pada pemda yang mengganggu *cash flow* RSUD setempat (Supriyantoro, 2014).

Kendala lain termasuk kurangnya kepesertaan juga disebabkan masih sedikitnya peran perusahaan dalam mengikutsertakan karyawannya meskipun sudah ada Peraturan Pemerintah Nomer 86 tahun 2013 pasal 5, yaitu sanksi administratif kepada pemberi kerja.

Faktor determinan yang tidak kalah pentingnya dalam sustainabilitas pelayanan adalah *aware* (kesadaran) masyarakat. Walaupun dalam Peraturan Pemerintah Nomer 84 tahun 2015 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial kesehatan, pemerintah sudah menaikkan premi, sudah menyiapkan cadangan 6 trilyun untuk tahun 2016 ini, tetapi tetap tidak akan berarti tanpa dukungan kemandirian masyarakat. Subsidi terbalik tetap akan terjadi dan pasti tetap kekurangan biaya untuk belanja kesehatan.

Aware masyarakat untuk menjadi peserta dan menjaga kesehatan merupakan kunci utama. Lalu apa sebenarnya yang membuat sebagian masyarakat belum berkenan menjadi peserta BPJSK? Apakah masih kurangnya daya beli (*ability to pay)* masyarakat?

BPS mencatat belanja kesehatan masyarakat lebih kecil dari belanja non esensial seperti belanja pulsa, membeli

rokok dan internet. Belanja non esensial yang menonjol adalah belanja tembakau.

Pada tahun 2013 tercatat belanja kesehatan Rp 24.169 per orang per bulan (POPB), belanja rokok mencapai Rp 43.930 POPB. Tahun 2014, kelompok termiskin menghabiskan rata-rata Rp 6.006 POPB untuk rokok. Sementara belanja kesehatan hanya Rp 853. Pada tahun 2016 hampir 70 juta pria Indonesia, umumnya per Kepala Keluarga, menghabiskan Rp 360.000-720.000 per bulan untuk rokok (Thabrany, 2016).

Pada saat ini masyarakat masih kurang *aware* untuk memahami pentingnya transfer risiko, perhitungan matematis, dan belum lagi aktuaris terhadap risiko, meski sudah ada peraturan yang cukup mengikat seperti masa tenggang 14 hari.

Jika satu kali tindakan pasien sampai 30 juta, atau lebih, maka pembayaran iuran sebulan, misal 5 anggota keluarga kelas III, dengan nilai Rp 25.500 mencapai Rp 127.500 per bulan harus menabung sampai 19,6 tahun untuk mencapai nilai tersebut. Itu baru untuk satu orang anggota keluarga. Dana tersebut belum termasuk jika anggota lainnya sakit, atau dia harus melepas aset rumah tangga untuk membeli pelayanan kesehatan dalam pengobatannya.

Meningkatkan Upaya Kesehatan Masyarakat

Upaya peningkatan gaya hidup sehat untuk pencegahan penyakit yang berbahaya terutama Penyakit Tidak Menular (PTM) disampaikan oleh Menteri Kesehatan dalam sambutannya pada Rakerkesnas. Menteri Kesehatan berharap untuk dilakukannya pendekatan keluarga sehat dalam siklus hidup tiap individu dalam *continuum of care.* Pendekatan ini diharapkan dapat meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan keluarga yang lebih komprehensif.

Upaya pencegahan penting lainnya adalah untuk menyukseskan program kerja Kemenkes. Termasuk kegiatan di daerah, yang tentunya tidak luput dari unsur pembiayaan. Sebagaimana kita ketahui dari hasil *Distric Health Account* (DHA) beberapa daerah di Provinsi Jawa Tengah, pembelanjaan untuk kegiatan kuratif dalam persentase berada antara 80-90%, jauh melebihi belanja preventif promotif.

Semua itu tanggung jawab kita, pekerjaan rumah bersama. Kesuksesan JKN ditentukan oleh para pelaku yang terlibat di dalamnya; pemerintah, pemerintah daerah, fasilitas dan tenaga kesehatan, BPJSK, juga masyarakat. Diperlukan komitmen, *aware* dan *effort* keras dari semua pihak untuk dapat menyukseskannya.

Keterangan:

1. Staf Pengajar di Poltekkes Harapan Bersama, Tegal.
2. Ketua Majelis Kesehatan Aisyiyah Kota Tegal.

Petakan Segera Pekerja Sektor Informal

Zuardin

Komitmen pemerintah Indonesia untuk melaksanakan *Universal Health Coverage* sudah mulai dilaksanakan sejak awal Januari 2014. Tentu hal ini sesuai dengan amanat UU BPJS No. 4/2004 untuk melaksananKan sistem jaminan kesehatan secara paripurna.

Dalam perjalananannya ada suatu aspek yang perlu di bahas lebih lanjut mengenai kepesertaan para pengguna BPJS Kesehatan. Anggota sektor informal merupakan kepesertaan yang hingga saat ini masih memiliki kendala.

Dalam catatan BPJS Kesehatan akhir tahun 2014, menunjukan bahwa sekitar 44% pekerja sektor informal menunggak membayar premi. Besar tagihan iuran premi pekerja ini sekitar Rp 400-an Milyar.

Pekerja sektor informal menurut UU Ketenagakerjaan merupakan orang yang bekerja tanpa relasi kerja, yang berarti tidak ada perjanjian yang mengatur elemen-elemen kerja, upah dan kekuasaan. Kementerian tenaga kerja dan Transmigrasi secara umum mendefinisikan sektor informal sebagai semua bisnis komersial dan komersial (atau aktifitas ekonomi) yang tidak terdaftar, yang tidak memiliki struktur organisasi formal dan secara umum memiliki ciri-ciri : dimiliki keluarga, kegiatan berskal kecil, padat karya, menggunakan teknologi yang diadaptasi dan bergantung pada sumber lokal (Haerawati, 2015).

Secara sederhana saya menggambarkan yang termasuk pekerja sektor informal di Indonesia diantaranya adalah pedagang kaki lima, buruh parkir, nelayan dan sebagainya.

Secara kepesertaan harus diakui memang peserta dari pekerja sektor informal memiliki karakteristik yang berbeda dengan peserta dari PBI yang dibayarkan oleh pemerintah dan PNS maupun pegawai tetap lainnya yang mendapat potongan langsung untuk jaminan kesehatan dari gaji pokok.
Kurangnya antusiasisme para pekerja sektor informal untuk berpartisipasi dalam era JKN dapat dijelaskan dengan berbagai sudut pandang, diantaranya :

1. Penghasilan bulanan para pekerja sektor informal yang tidak menentu

Secara normatif dapat dikatakan bahwa memang jaminan kesehatan nasional (JKN) diberikan kepada seluruh pekerja. Namun, ketika kita menilik lebih lanjut terdapat hal yang kontradiksi dengan fakta tersebut karena pada UU No. 3/1992 yang dicakup dalam Jamsostek hanya pekerja yang bersifat formal (karyawan tetap) dan sebagainya.

Sehingga dapat disimpulkan kepada para pekerja sektor informal harus membayar sendiri premi apabila menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional, dengan penghasilan bulanan yang tidak menentu tentu saja hal tersebut sangat memberatkan bagi mereka. Dari sudut pandang pertama ini, kita dapat mengambil kesimpulan bahwasannya kemungkinan bagi mereka lebih memprioritaskan gaji yang diterima disalurkan untuk kebutuhan pokok daripada diperuntukan untuk Premi Jaminan Kesehatan Nasional yang harus dibayarkan perbulan.

2. Pemasaran Sosial yang Kurang Memadai

Pemasaran sosial yang memadai memiliki kontribusi penting dalam menyebarluskan informasi yang secara komprehensif mengenai Jaminan Kesehatan Nasional. Sehingga masyarakat pada lapis bawah, khususnya pekerja sektor informal memperoleh informasi yang cukup lengkap mengenai *benefit* yang bisa diperoleh apabila tergabung

dalam program Jaminan Kesehatan Nasional yang dicanangkan oleh pemerintah ini. Sosialisasi ini juga diupayakan bersifat interaktif sehingga apabila ada pertanyaan dari masyarakat sasaran bisa langsung dijawab oleh pihak yang memiliki otoritas.

Apabila sosialisasi pada pekerja sektor informal belum dilakukan secara optimal maka pada kelompok ini kurang memahami makna penting dalam kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional. Bahwa sehat-sakit merupakan nilai yang memiliki *cost* yang sangat tinggi, sehingga apabila tidak ter *cover* dalam suatu jaminan kesehatan maka akan menimbulkan pengeluaran ekonomi yang tinggi apabila suatu saat jatuh sakit.

3. Kurangnya kesadaran para pekerja sektor informal dalam melakukan pembayaran premi terhadap JKN

Cara membaca yang berikutnya, sebenarnya kesadaran akan pentingnya Jaminan Kesehatan ini tidak hanya pada sektor pekerja informal tetapi juga oleh masyarakat Indonesia pada umumnya. Kesadaran ini kita bisa *breakdown* menjadi dua tipe :

a. Tahu namun tidak bersedia melaksanakan. Banyak juga sebenarnya yang sudah mengetahui akan arti penting Jaminan Kesehatan Nasional. Namun tidak bersedia untuk menjadi peserta dengan berbagai macam alasan. Pada kelompok ini, akan sulit untuk ikut dalam kepesertaan karena sejak awal mereka tidak ingin menjadi peserta JKN.

b. Tidak tahu sehingga tidak melakukan, pada kelompok ini mereka tidak menjadi peserta atau keberatan membayar premi karena pada dasarnya tidak mengetahui *benefit* atau keuntungan yang dapat diperoleh untuk masa depan maupun menunjang kemakmuran yang lebih baik di masa mendatang. Pada kelompok ini, masih sangat memungkinkan untuk diintervensi sehingga dapat menjadi peserta JKN dan membayar premi JKN secara teratur.

Penulis berpendapat bahwa pemetaan dan mengenali dengan data yang valid tentang posisi masyarakat Indonesia khususnya pekerja sektor informal harus dilakukan secara serius. Sehingga, jenis sosialisasi dapat dilakukan tepat sasaran.

Keterangan:

1) Dimuat di Rubrik Jaminan Sosial Indonesia, Edisi 15 Januari 2016.
2) Staf Pengajar di Fakultas Psikologi dan Kesehatan, Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya.

Gizi Masyarakat

Menunggu Kebijakan Atasi Ledakan Obesitas

Siti Rahayu Nadhiroh

Setelah sekian tahun lamanya media massa berkutat memberitakan tentang gizi buruk pada balita, kini mulai mencuat kasus-kasus obesitas diberbagai daerah baik pada balita, remaja dan orang dewasa. Ya, kata obesitas kini makin akrab di telinga kita, seiring dengan semakin meningkatnya penyakit-penyakit yang menyertainya seperti stroke, penyakit jantung, diabetes mellitus dan lainnya.

Ledakan obesitas telah nyata sebagaimana hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, dimana terdapat 11,9% balita, 19,7% lelaki dewasa dan 32,9% perempuan dewasa

mengalami obesitas. Khusus pada perempuan dewasa, angka tersebut meningkat dua kali lipat lebih dibandingkan hasil Riskesdas tahun 2007.

Bila dijumlahkan, terdapat 40 juta jiwa penduduk yang mengalami obesitas (JawaPos, 15 September 2016), atau hampir setara dengan jumlah penduduk Jawa Timur yang berkisar 39 juta orang. Ironisnya, hal ini terjadi di saat kasus gizi buruk dan balita pendek (*stunting*) masih belum selesai tertangani, bahkan ada kecenderungan peningkatan kasusnya. Dengan kata lain, Indonesia kini mengalami masalah gizi ganda, yaitu gizi lebih dan gizi kurang (*double burden of malnutrition*).

Banyak penyebab mengapa penderita obesitas terus meningkat jumlahnya. Beberapa diantaranya adalah perubahan gaya hidup baik pola makan maupun aktivitas fisik. Mobilitas yang tinggi menyebabkan pergeseran kebiasaan makan, dari mengkonsumsi makanan tradisional yang kaya akan serat, menjadi makanan serba instan yang umumnya tinggi kalori, lemak dan garam, namun rendah akan kandungan vitamin dan mineral.

Kebiasaan tersebut diikuti pula dengan penurunan aktivitas fisik dimana masyarakat Indonesia lebih memilih naik kendaraan bermotor dibandingkan bersepeda ataupun berjalan kaki.

Tayangan televisi yang semakin menarik, fasilitas internet dan gadget yang semakin canggih, serta interaksi di media sosial yang melenakan, membuat para balita hingga

orang dewasa betah duduk atau bersantai hingga berjam-jam lamanya. Hal ini diperparah dengan kurangnya lahan bermain untuk anak dan berolah raga untuk semua kalangan.

Bagaimana dengan negara-negara lain? menurut data WHO tahun 2016, tren peningkatan obesitas memang terjadi di seluruh dunia, dimana jumlahnya saat ini dua kali lipat dibandingkan 30 tahun yang lalu. WHO pun telah meminta kepada masyarakat di seluruh dunia untuk perang terhadap obesitas.

Beberapa negara telah mempersiapkan perangkat perangnya untuk mengerem laju peningkatan penduduk yang kegemukan tersebut. Jepang adalah contoh yang menarik. Tergolong negara yang maju dan modern namun memiliki tingkat obesitas yang sangat rendah.

Meski penduduknya memiliki mobilitas tinggi dan bekerja keras hingga larut malam, namun mereka mempunyai aktivitas fisik yang tinggi karena harus berjalan kaki atau bersepeda dengan jarak yang cukup jauh dari rumah ke stasiun kereta api, dan dari stasiun kereta api ke tempat kerja.

Pemerintah Jepang pun memfasilitasi dengan pembuatan trotoar yang lebar untuk pejalan kaki atau pesepeda, bahkan tak jarang lebarnya sama dengan jalan untuk kendaraan bermotor.

Di beberapa sudut jalan terhampar taman yang indah terawat dan tempat duduk yang memungkinkan pejalan kaki

beristirahat sejenak melepas penat atau anak-anak bermain dengan leluasa.

Moda transportasi umum lebih dipilih karena aman, nyaman, tepat waktu, dan jauh lebih murah dibandingkan penggunaan kendaraan pribadi.

Dalam hal kebiasaan makan, orang Jepang dikenal gemar mengkonsumsi nasi, sayur, buah dan ikan, yang memiliki sedikit lemak.

Yang fantastis, pemerintah Jepang menetapkan batas maksimal lingkar perut pria (85 cm) dan wanita (89,9 cm) untuk mereka yang berusia di atas 40 tahun. Bila ada pekerja yang melebihi ketentuan tersebut, maka ia diwajibkan mengikuti program konseling.

Di Malaysia beda lagi, di negara yang memiliki persentase obesitas terbesar di Asia Tenggara tersebut, menerapkan kebijakan mencantumkan indeks massa tubuh siswa di buku rapornya. Selain itu, kini makanan dan minuman yang berkadar gula tinggi dilarang beredar di sekolah. Bagaimana dengan Indonesia?

Pemerintah Indonesia tampaknya belum menjadikan obesitas sebagai sebuah prioritas. Bila pun ada, belum mampu menyentuh aspek mendasar yang mampu mengubah gaya hidup masyarakat secara signifikan menuju pola hidup sehat.

Dalam hal ini, kebijakan walikota Surabaya Tri Rismaharini yang membangun banyak taman dan sarana bermain untuk anak patutlah kita apresiasi. Kehadiran

taman-taman kota, bukan sekedar untuk mempercantik dan menjadi paru-paru kota, tetapi juga dapat menjadi sarana untuk berolahraga, berinteraksi dan bermain.

Keberadaan *car free day* juga mampu menjawab kebutuhan masyarakat untuk beraktivitas fisik di hari libur. Sebagian trotoar pun mulai bersih dari PKL sehingga pejalan kaki dapat leluasa berjalan dan dilindungi oleh pepohonan yang rindang.

Kebijakan seksi lainnya untuk antisipasi lonjakan jumlah orang gemuk adalah pembatasan konsumsi *fast food*, makanan tinggi lemak dan garam, serta minuman bergula di kantin sekolah dan tempat kerja.

Di sisi lain, pemerintah perlu mensubsidi harga sayur dan buah sehingga dapat terjangkau dengan pendapatan masyarakat. Saat ini, harga sebuah apel saja bisa dua kali lipat dari harga mi instan yang gurih dan mengenyangkan. Pengusaha makanan dan minuman dapat berperan serta mensukseskan pencegahan obesitas dengan menciptakan produk makanan sehat dengan harga bersaing, bukan lebih mahal.

Bila kebijakan yang seksi tidak segera ditelurkan, maka jangan heran bila hasil Riset Kesehatan Dasar berikutnya menyajikan data yang mencengangkan pada kasus obesitas. Dampak yang dapat ditimbulkan pun bisa jadi lebih mengagetkan, seperti peningkatan kematian karena stroke, penyakit jantung dan diabetes mellitus, yang

saat ini sudah menjadi penyebab kematian nomor 1, 2 dan 3 di Indonesia (*WHO Country Health Profiles* dalam CDC, 2016).

Laporan *World Bank* tahun 2015 memperkirakan dampak ekonomi dari penyakit tersebut sebesar 2-3% dari total produk domestik bruto, terutama akibat biaya tinggi untuk perawatannya. Pun juga dampak lainnya seperti meningkatnya tenaga kerja tidak produktif, yang membawa beban bagi keluarga, masyarakat dan negara.

Keterangan:

1) Dimuat di Harian Pagi Jawa Pos, Edisi 29 September 2016.
2) Staf Pengajar di Departemen Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Saatnya Subsidi Makan Siang

Siti Rahayu Nadhiroh

Setelah Pemkot Surabaya melalui dinas kesehatan meluncurkan program gemes (gerakan makan enak dan sehat) untuk mengatasi balita gizi buruk yang konon jumlahnya lebih dari 10 ribu anak, kini pemkot perlu juga melirik asupan gizi anak sekolah. Tak perlu menunggu angka ratusan atau ribuan pelajar sekolah dasar menderita gizi kurang dan buruk.

Pasalnya, kebiasaan anak-anak sekolah yang sering meninggalkan sarapan pagi dengan alasan tidak sempat atau takut terlambat masuk sekolah, atau bahkan karena orang

tua memang tidak membiasakannya, akan membuat anak jatuh pada kondisi gizi kurang atau bahkan buruk.

Seorang profesor dari *Department of Applied Behavioral Sciences, University California-Davis* Amerika Serikat sekitar 10 tahun lalu menguji ulang berbagai penelitian tentang hubungan sarapan dengan konsentrasi belajar. Ternyata sarapan dapat meningkatkan daya ingat dan mampu memperbaiki prestasi belajar. Menurutnya, kebiasaan tidak sarapan yang berlangsung dalam waktu lama dapat menurunkan status gizi dan berakibat buruk pada proses hasil belajar anak.

Sarapan pagi untuk anak-anak usia sekolah amatlah penting, karena mereka harus berkonsentrasi penuh dalam menerima pelajaran dan menjalankan aktivitas lainnya. Artinya, selama berada di sekolah, anak-anak membutuhkan energi yang cukup besar untuk menjalankan aktivitasnya. Nah, bila anak-anak berangkat sekolah dengan perut kosong, maka dapat dipastikan mereka akan sulit berkonsentrasi dalam menyerap pelajaran di sekolah, sulit berpikir, badan terasa lemah karena kekurangan zat gizi yang diperlukan untuk tenaga, serta tidak dapat melangsungkan aktivitas fisik secara prima.

Kondisi tersebut dapat diperparah dengan perilaku jajan anak di sekolah, yang tidak cukup memberikan asupan gizi seimbang sesuai dengan kebutuhannya. Jajanan yang dijual oleh pedagang kaki lima memang menarik perhatian anak-anak terutama yang masih berusia sekolah dasar.

Warna yang menarik, jenis yang bervariasi dan harga yang terjangkau oleh uang saku mereka, menjadi daya tarik tersendiri. Tetapi bagaimana dengan keamanan jajanan tersebut, baik dari segi mikrobiologis maupun kimiawi, tentu patut dipertanyakan.

Survei yang dilakukan BPOM Pusat tahun 2005 dan dilakukan di 18 propinsi berpenduduk padat di Indonesia menunjukkan 60% jajanan anak sekolah, seperti minuman ringan, es cendol, dan kue ringan lainnya, tidak layak konsumsi karena mengandung zat pewarna tekstil seperti *rhodamin B* (pewarna merah pada tekstil) dan *methanil yellow* (pewarna kuning pada tekstil), serta 50% diantaranya mengandung unsur mikroba.

Penelitian lain menunjukkan bahwa makanan dan minuman yang dijual dilingkungan sekolah sering mengandung bahan tambahan pangan (BTP) yang ilegal, seperti formalin (bahan pengawet untuk mayat) dan borax (pengempal yang mengandung logam berat Boron). Belum lagi air yang digunakan untuk es batu sering tanpa direbus, juga tangan penjual dan wadah makanan atau minuman yang tidak higienis.

Karena itu, suatu ide yang menarik bila program subsidi makan siang untuk anak-anak sekolah dasar di Jepang, seperti pernah dimuat di Jawa Pos (26/9/07), juga diberlakukan di Indonesia, setidaknya dalam lingkup kota besar seperti Surabaya. Apalagi dalam proses penyajiannya juga melibatkan para siswa.

Selain para siswa mendapatkan menu makan yang bergizi dan bervariasi, mereka juga dapat memupuk rasa saling memiliki, semangat kebersamaan, kegotong-royongan dan juga disiplin untuk tidak saling serobot, yang mana budaya tersebut kini mulai memudar dikalangan pelajar kita.

Tampaknya, Pemerintah Jepang menyadari betul bahwa generasi muda yang sehat dan berprestasi adalah investasi jangka panjang yang sangat bernilai. Karena itu mereka tak segan-segan menggelontor anggaran untuk *food education* saja hingga sekitar Rp 9,266 triliun. Mereka pun juga sangat sadar, bahwa memelihara kesehatan dan mencegah agar warganya tidak jatuh sakit melalui pola makan sehat, ongkosnya jauh lebih murah dan penanganannya jauh lebih mudah daripada mengeluarkan anggaran untuk menyembuhkan orang yang sudah sakit dan memberantas penyakit.

Kita optimis pemkot mampu memberikan subsidi untuk makan siang anak-anak sekolah dasar se-Surabaya. Tidak perlu terlalu besar, tergantung kemampuan dari siswa-siswa sekolah tersebut.

Bahkan pada sekolah yang elit, pemkot tidak perlu memberikan subsidi, cukup melalui swadaya sekolah itu sendiri. Pada sekolah non elit, dana non subsidi bisa diperoleh dari uang saku siswa setiap hari dan sponsor dari perusahaan pembuat makanan. Atau bila proses belajar mengajar berlangsung hanya setengah hari (sebagaimana pada sebagian besar sekolah dasar di Indonesia), pihak

sekolah dapat memberikan makanan dan minuman ringan saja. Dengan demikian, subsidi yang diberikan oleh pemkot dapat lebih kecil lagi.

Selain itu, perlu dipikirkan pula pembuatan peraturan atau kebijakan pemkot melalui dinas pendidikan dan dinas kesehatan, untuk mendukung program tersebut. Dan yang tak kalah penting, peran serta orang tua, guru, sekolah dan semua pihak untuk menekankan pentingnya sarapan pagi dan membawakan bekal sekolah untuk anak-anaknya berupa makanan atau kue yang bergizi, tidak mengandung bahan tambahan makanan yang ilegal dan membahayakan.

Kita semua tentu berbahagia, bila anak-anak kita dan peserta didik umumnya, adalah anak yang sehat, cerdas dan berprestasi.

Keterangan:

1) Dimuat di Harian Pagi Jawa Pos, Edisi 11 Juni 2008.
2) Staf Pengajar di Departemen Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Epidemiologi

Kerentanan Ibu Hamil dan Virus Zika

Ridwan Amiruddin

Pandemik global virus zika mulai mengkhawatirkan para ahli di berbagai belahan dunia. Hal ini disebabkan oleh tingginya *attack rate* kasus tersebut di daerah terpapar Brasil dan Kolumbia dan 24 negara lainnya. Pusat pengendalian dan pencegahan penyakit (CDC) secara khusus memberikan perhatian terhadap ibu hamil, bahkan ada anjuran kepada kaum perempuan untuk menghindari kehamilan pada periode 2 tahun ke depan selama kasus Zika masih mengalami peningkatan. Hal ini menjadi keprihatinan yang sangat mendalam dari direktur WHO, Margaret Chan.

Ada kemungkinan meluasnya serangan virus zika berkaitan dengan kelainan bentuk dan sindrom neorologis pada bayi lahir, penyebaran lintas negara, dan rendahnya imunitas masyarakat. Padahal belum ada vaksin, pengobatan spesifik, dan diagnosa cepat penyakit tersebut.

Zika ditandai sebagai penyakit yang umumnya tidak berbahaya. Zika memiliki gejala seperti ruam, demam, rasa sakit pada sendi, dan mata merah. Bahkan, sekitar satu dari empat orang yang terinfeksi virus ini tak menyadarinya.

Hingga sekarang virus Zika menjadi pembicaraan luas di Brasil sejak pertengahan 2015, setelah sekitar 500.000 penduduk tertular virus ini. Lalu berkembang menjadi 1,5 juta penduduk yang tertular.

Sejak November 2015 jumlah kasus mikrosefali di Brazil telah mencapai 4.180 kasus dari wanita yang terinfeksi virus Zika selama kehamilannya, dan pada tahun 2014 hanya 146 kasus dan lebih jauh terdapat 51 jumlah kematian bayi dari kasus tersebut (CNN 27/1/20156).

Serangan Zika masih penuh misteri. Virus Zika penting diwaspadai, karena ada kemungkinan El-Nino yang memungkinkan populasi nyamuk sebagai vector virus tersebut berkembang pesat.

Virus Zika tertular dari nyamuk Aedes yang menggigit orang yang aktif terinfeksi dan kemudian menyebar dengan menggigit yang lainnya, hingga orang tersebut menjadi karier hingga memunculkan gejala.

Fakta menunjukkan bahwa 80% dari orang yang terinfeksi tidak menyadari keberadaan zika dalam tubuhnya. Terutama pada wanita hamil, virus ini dapat ditularkan secara vertikal dan dapat ditemukan pada cairan amnion. Lyle Peterson (CDC) menjelaskan bahwa ini adalah situasi yang tidak biasa sebab virus sejenis (*flavi virus*) tidak demikian, seperti pada dengue dan West Nila atau Chikungunya.

Virus zika pertama kali ditemukan pada tahun 1947 di hutan Zika Uganda dan telah menjadi wabah di berbagai negara di Afrika, Asia Tenggara, dan Kepulauan Pasifik.

Documen CDC menjelaskan bahwa transmisi virus Zika dapat melalui transfusi darah, paparan alat-alat laboratorium dan kontak seksual. Apakah virus Zika ditemukan pada air susu? Hal ini belum dapat dikonfirmasikan.

Wabah Zika pertama kali dilaporkan tahun 2013 di French Polynesia, sampel urine dan sperma dari seorang laki-laki Tahiti (44 tahun) positip zika. Sementara itu 5 tahun sebelumnya (2008) ahli microbiologi Brian dari Colorado tertular Zika setelah melakukan perjalanan ke Senegal.

Zika memasuki US melalui pelancong yang kembali dari daerah terinfeksi dan rentan terhadap virus zika. Hasil riset menunjukkan bahwa sekitar 63% populasi US rentan tertular zika terutama pada musim panas.

Situasi di Indonesia menunjukkan gambaran epidemiologi yang masih samar. Tahun 2015, lembaga

Eijkman Jakarta ternyata telah berhasil mengisolasi virus zika ini di Indonesia.

Sebelumnya Tahun 1981, peneliti Australia telah melaporkan pasien penderita virus zika setelah bepergian ke Indonesia. Laporan-laporan tentang penularan kasus ini dari Indonesia terus berlanjut. Penemuan kasus tersebut dipublikasi oleh J.G Olson dkk pada American Journal Tropical Medicine and Hygiene (1981 vol 75 (3). Menjelaskan tahun 1977 dan 1978 pasien dari rumah sakit Tegalyoso, Klaten Indonesia yang memiliki onset demam yang secara serologi terbukti dari alphavirus dan infeksi flavivirus. Kluster peningkatan kasus terjadi pada masim hujan pada saat populasi Aedes aegypti meningkat.

Skenario ledakan kasus zika di Indonesia dapat terjadi secara kombinasi dimana kasus zika import dan kasus origin secara bersama sama menimbulkan kejadian luar biasa, maka ini akan sangat mengkhawatirkan.

Kondisi yang lain kedua jenis virus berkompetisi untuk *survive* maka kemungkinan akan memunculkan varian baru yang lebih pathogenik. Untuk ini perlu studi yang intensif.

Skenario ke tiga virus DBD yang endemik secara pelan telah membentuk daya tahan/imun (*herd immunity*) penduduk lokal sehingga virus zika tidak berdampak nyata di Indonesia.

Skenario ke empat virus Zika hanya menyerang beberapa wilayah, hal ini karena barier alam kepulauan yang secara alamiah mengisolasi virus zika. Kalau ini yang terjadi

maka Indonesia tidak perlu terlalu khawatir dengan keadaan ini.

Saat ini situasi perkembangan kasus virus zika telah menjadi pandemik, melintasi batas-batas negara, dengan kelompok yang paling rentan adalah ibu hamil. Hal ini karena kemampuan penularan vertikal virus Zika dari ibu ke janin yang berdampak pada kelainan janin yang di kandungnya.

Virus Zika memiliki kemampuan merusak pertumbuhan janin. Janin akan mengalami malformasi dan mikrosefali dengan ukuran 20% lebih kecil dari ukuran normal, berdampak pada kurangnya bobot ukuran otak anak yang dilahirkan. Anak akan mengalami retardasi mental, kebutaan dan gangguan pendengaran sehingga sepanjang hayat sang anak akan menjadi beban bagi keluarganya.

Melihat beban yang akan ditanggung oleh masyarakat akan dampak virus zika, maka berbagai kontroversi bermunculan; apakah legal menggugurkan anak yang terdampak virus zika? Begitu juga dengan penundaan kehamilan bagi wanita. Hal tersebut memberikan dampak sosial lanjutan dari penyakit zika.

Atas kondisi tersebut maka, langkah langkah strategis sebaiknya dipertimbangkan untuk mengantisipasi keadaan darurat ini. Diantaranya melakukan kampanye terbuka terhadap pandemik global virus zika, pengawasan intensif terhadap kasus import di bandara ataupun pelabuhan, meningkatkan upaya preventif terhadap gigitan nyamuk, mendorong perbaikan mutu lingkungan terutama tempat-

tempat perindukan nyamuk dan bagi ibu hamil untuk membatasi diri bepergian ke daerah-daerah yang sedang di landa virus Zika.

Bagi pemerintah pusat maupun daerah perkembangan kasus Zika menjadi tantangan yang sangat urgen untuk mempersiapkan diri dalam aspek; penguatan manajemen, sistem informasi kesehatan, regulasi kesehatan, SDM kesehatan, kefarmasian, pembiayaan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, litbang kesehatan, serta unit-unit pelayanan kesehatan baik perseorangan maupun unit upaya kesehatan masyarakat. Hal itu sebagai upaya untuk meningkatkan aksesibilitas, cakupan dan mutu layanan kesehatan secara merata di seluruh wilayah.

Keterangan:

1) Dimuat di Harian Tribun Timur Makassar, Edisi I Februari 2016.
2) Guru Besar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hassanudin.
3) Ketua Umum Pengurus Pusat Persakmi.

Kendalikan DBD, Hadapi Virus Zika

Ridwan Amiruddin

Juru bicara WHO Christian Lindmeir mengungkapkan bahwa 20 negara Amerika dan 10 negara Afrika, Asia dan Pasifik telah mengirimkan laporan adanya kasus virus zika, namun wabah terbesar telah terjadi di Brazil, Kolumbia dan beberapa Negara Amerika Latin. Lebih lanjut Margaret Chan direktur WHO dalam siarannya di Channel News Asia (24/1/16) telah mengeluarkan *travel warning* ke beberapa negara terdampak tersebut.

Jumlah kasus yang terlapor di Kolumbia (Januari 2016) sudah mencapai angka 560 kasus dan secara sporadis

berbagai negara juga telah mengalami peningkatan kasus baik di Eropa maupun di Asia.

Sebelum tahun 2015 wabah Zika telah terjadi di Afrika, Afrika Selatan dan Kepulauan Pacifik. Bulan Mei 2015 organisasi kesehatan Amerika (PAHO) melaporkan temuan kasus pertama di Brazil. Sekarang ini beberapa negara telah mengalami KLB dan akan terus berlanjut dari waktu ke waktu.

Penularan virus zika ke manusia melalui gigitan nyamuk Aedes yang secara agresif menggigit pada siang hari, baik di luar maupun di dalam rumah. Penularannya dari manusia ke vektor nyamuk, kemudian ke manusia lain yang dapat menyebabkan kejadian luar biasa.

Virus Zika memiliki gejala yang mirip dengan DBD, karena disebabkan oleh nyamuk yang sama, Aedes aegypti, yang dapat berakibat *micro chepali* pada janin. Kemiripan ini memungkinkan terjadinya kesalahan diagnosis.

Berdasarkan endemisitas DBD di Indonesia, maka besar kemungkinan virus zika sudah ada di Indonesia, sehingga sering sekali diagnosis DBD keliru serta gejala yang tersamar. Kalau hal ini benar maka Indonesia memasuki babak baru serangan Aedes aegypti; *double burden emerging infectious disease.* Untuk itu memasuki 2016 ini virus Zika harus menjadi penyakit wajib lapor, petugas kesehatan harus memberikan laporan terhadap seluruh tersangka kasus dengan melakukan konfirmasi laboratorium dan menggalakkan sistem pemantauan dan monitoring penyakit

berbasis vektor. Dan sekarang ini disinyalir virus zika sudah ada di Pulau Jawa dan Sumatera.

Sampai sekarang belum ada vaksin untuk penyakit yang disebabkan oleh virus zika. Cara terbaik adalah mencegah gigitan nyamuk.

Nyamuk penular zika menggigit pada siang hari. Jenis ini juga dapat menularkan virus DBD dan virus chikungunya.

Kalau anda adalah pelancong di wilayah terjangkit zika, pencegahan bisa dengan menggunakan *repellant* secara proporsional. Gunakan baju berlengan panjang, pakai kelambu dan atau pasang jaring/*net* pada jendela rumah anda.

Kurangi tempat perindukan nyamuk. Hal ini baik di dalam maupun di luar rumahm dengan mengosongkan kontainer air, dan bak penampungan air harus tertutup.

Untuk menghadapi serangan ganda Aedes aegypti, baik DBD maupun virus Zika pihak otoritas kota terutama dinas kesehatan sebagai *leading sector* harus melaksanakan kampanye terfokus mengeliminasi habitat larva vektor Ae. aegypti dan Ae. albopictus.

Perlu pelaksanaan survei untuk penentuan beban, distribusi, jenis kontainer, jumlah kontainer yang memiliki populasi nyamuk tertinggi. Program inisiasi pemberdayaan masyarakat dalam bentuk *social engineering* dengan aktifitas menutup genangan air, modifikasi kontainer dan larvasida berjangka panjang menjadi pilihan.

Secara umum serangan virus tersebut mengancam seluruh populasi karena itu menjadi tanggung jawab bersama untuk mengambil peran dalam pengendaliannya.

Pada saat semakin menipisnya sekat administrasi antar wilayah maka isu global bidang kesehatan juga bergerak dinamis. Pola penyakit menular bergerak cepat dan masif, kesenjangan kesehatan antar wilayah melebar, serta *emerging* dan *reemerging infectious disease* tak terbendung.

Tantangan tersebut berkontribusi nyata pada aspek kualitas kesehatan antar wilayah, perubahan ini menembus sekat antar wilayah jauh sebelum MEA berlaku. Inilah dinamika global perkembangan pola penyakit yang harus dicermati secara bersama dan seksama terus menerus.

Sekat administrasi wilayah dalam penularan suatu penyakit bersifat *borderless.* Penyakit mengikuti mobilitas penduduk, sehingga bila terjadi suatu wabah dalam satu wilayah, maka dapat di ketahui dengan sangat cepat melalui berbagai media, dan pada waktu yang hampir bersamaan penyakit tersebut sudah ada di wilayah kita, sudah ada di sekitar kita. Inilah dampak mobilitas penduduk yang sangat tinggi, perubahan pada berbagai sektor telah terjadi. Begitu juga dengan aspek kesehatan masyarakat.

Pendekatan yang dilaksanakan selama ini harus ditinjau kembali. Fakta menunjukkan DBD telah memasuki fase endemik di Indonesia, setiap musim berganti kasus DBD selalu menelan korban. Lihatlah pada musim kemarau ke musim hujan, kasus DBD akan meningkat tajam; hingga

koridor rumah sakit pun tidak dapat menampung jumlah kasus yang tak kunjung berhenti.

Adagiumnya ‘bila suatu masalah ditangani dengan cara yang sama, maka hasilnya juga akan cenderung sama’ jadi evaluasi keseluruhan program pemerintah mesti dilaksanakan.

Perubahan model pendekatan vertikal harus segera diganti dengan model *horizontal approach*. Lihatlah kasus DBD yang terus meningkat dan virus Zika yang akan datang sebagai sesuatu secara holistik. Laksanakan fungsi sistem, perkuat sistem kesehatan daerah. DBD maupun Zika tidak mungkin diselesaikan secara parsial. DBD ada di rumah warga, ada di lingkungan masyarakat. Karena itu pemerintah kota harus menggunakan pendekatan struktural dengan memperkuat regulasi sistem kesehatan daerahnya.

Kasus DBD yang terus menelan korban maupun virus zika yang di ambang mata adalah instrumen untuk menguji apakah sistem kesehatan kota mampu memberikan ketanggapan yang cepat dalam mengendalikan masalah kesehatan wilayah. Pemerintah kota maupun dewan yang terhormat, sudah berapa dana yang di gelontorkan untuk menyelesaiakn kasus ini? Pihak pembiayaan kesehatan, sudah berapa dana yang habis untuk kasus DBD ini? Tentu angka besaran kerugian ekonomi bahkan korban jiwa akan terus berlanjut kalau kita semua melihat kasus ini sebagai sesuatu yang rutin belaka.

Solusi yang ditawarkan untuk masalah ini adalah laksanakan pembangunan berwawasan kesehatan. Sebagai contoh dinas pekerjaan umum. Kalau membangun jalan raya, jangan lupa menyelesaikan drainasenya supaya genangan pada musim hujan dapat dialirkan dengan lancar.

Yang terjadi adalah pembangunan jalan raya berlangsung terus, tapi drainase tidak diperhatikan sehingga genangan akan selalu terjadi, yang berpotensi menyebabkan banyak kerugian; baik ekonomi, infrastruktur, sosial maupun kesehatan. Inilah pentingnya setiap sektor dalam rencana strategisnya selalu memasukkan aspek kesehatan dalam pembangunannya.

Pendekatan sistem horizontal adalah pemanfaatan secara optimal seluruh potensi wilayah dan *stake holder* pembangunan kesehatan untuk mengambil peran dalam peningkatan mutu layanan kesehatan, perbaikan respon petugas, dan peningkatan cakupan seluruh program untuk pencapain tujuan pembangunan kesehatan yang sesungguhnya.

Komponen sistem kesehatan daerah yang sangat perlu mendapat penguatan meliputi; manajemen, regulasi dan sistem informasi kesehatan, penguatan SDM kesehatan, kefarmasian, penelitian dan pengembangan kesehatan, pemberdayaan kesehatan, pembiayaan kesehatan dan upaya kesehatan, baik upaya kesehatan perseorangan maupun upaya kesehatan masyarakat. Sistem ini harus di tata secara

holistik, sehingga peran dan tanggung jawab setiap stake holder terjabarkan dengan transparan dan akuntabel.

Atas uraian tersebut diatas maka menjadi wajib bagi selaruh *stake holder* untuk mengendalikan penularan DBD, dan bersiap siap menghadapi serangan virus Zika, sebelum semuanya sudah terlambat.

Keterangan:

1) Dimuat di Harian Tribun Timur Makassar, Edisi 27 Januari 2016.
2) Guru Besar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hassanudin.
3) Ketua Umum Pengurus Pusat Persakmi.

Pelayanan Kesehatan

DLP, Apakah Semangat Baru dalam Promosi Kesehatan?

Pulung Siswantara

Dalam Jawa Pos terbitan hari jumat 17 Juni 2016, diberitakan bahwa kemenkes membuka program studi Dokter Layana Primer (DLP). Pembukaan program studi ini akan membuat profesi dokter semakin beragam. Respon beragam pun bermunculan salah satunya yang cukup menggelitik adalah pernyataan dari Ketua Umum Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (IDI) yang menyatakan bahwa pembukaan program studi in kurang cocok

Dikatakan dalam berita tersebut bahwa kompetensi utama dari dokter layanan primer adalah Promosi Kesehatan, dan DLP akan ditempatkan di fasilitas kesehatan primer. Sangat menggembirakan ketika kita melihat adanya keinginan untuk menguatkan promosi kesehatan di bidang kesehatan di indonesia. Promosi kesehatan diharapkan mampu menjadi solusi yang bagus untuk mengurangi banyaknya rujukan ke pelayanan kesehatan tingkat yang lebih tinggi, serta diharapkan mengurangi beban pengeluaran untuk pembiayaan kesehatan

Pengertian promosi kesehatan menurut WHO adalah, “Proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol terhadap, dan memperbaiki kesehatan mereka.” Dari pengertian tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa dengan promosi kesehatan kita akan mampu mengajak masyarakat untuk lebih sadar dan peka dengan kesehatan mereka sendiri, dan diharapkan akan mampu membuat masyarakat meninggalkan perilaku yang akan berdampak buruk pada kesehatannya dan menggalakkan perilaku yang bermanfaat untuk kesehatan diri dan yang pada akhirnya mampu meningkatkan derajat kesehatan mereka sendiri.

Dengan masyarakat yang sehat dan sadar kesehatan maka angka kejadian penyakit bisa ditekan dan berakibat pada pengeluaran untuk pembiayaan kesehatan dapat dihemat.

Selain masyarakat yang lebih sehat promosi kesehatan juga merupakan solusi untuk masalah jaminan

kesehatan yang selama ini dinilai memerlukan biaya yang sangat besar.

Promosi kesehatan terdiri dari 3 hal besar yakni pertama pencegahan, pendidikan kesehatan dan proteksi kesehatan. Kompetensi promosi kesehatan bukanlah hal baru di dunia pelayanan kesehatan di Indonesia. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan pertama juga sudah mengenal lama kompetensi ini.

Di Puskesmas juga sebenarnya sudah ada petugas yang mengemban tugas mulia ini. Jabatan fungsional penyuluh kesehatan sudah lama eksis. Penyuluh kesehatan merupakan tenaga kesehatan yang mempunyai fungsi untuk melakukan kegiatan promosi kesehatan kepada masyarakat, mereka sudah dibekali dengan berbagai ketrampilan yang mendukung tugas mereka.

Penyuluh kesehatan masyarakat pada pelaksanaannya sudah memiliki dasar hukum yakni KepMenPAN nomor 58/kep/M.PAN/8/2000 tentang jabatan fungsional penyuluh kesehatan. Dan juga sudah diatur oleh keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial no 66 tahun 2001 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jabatan Fungsional Penyuluhan Kesehatan Masyarakat dan Angka Kreditnya. Ini artinya sudah ada pengaturan tentang siapa dan bagaimana melakukan promosi kesehatan di fasilitas kesehatan dasar.

Apabila menilik pengertian penyuluh kesehatan berdasarkan aturan tersebut dikatakan bahwa Penyuluh

Kesehatan Masyarakat (PKM) adalah Pegawai Negri Sipil yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat/promosi kesehatan. Jabatan fungsional ini juga sudah mempunyai tingkatan jenjang karir yang jelas dengan adanya tenaga penyuluh kesehatan terampil dan penyuluh kesehatan ahli.

Penyuluh kesehatan masyarakat diharapkan mampu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di sisi pencegahan. Dengan tugas pokok untuk melaksanakan advokasi, bina suasana dan membuat gerakan masyarakat. Penyuluh kesehatan masyarakat diberikan ketrampilan untuk melakukan kegiatan untuk menyebarluaskan informasi, mengembangkan media, yang dapat digunakan untuk mendukung peningkatan kesehatan masyarakat, serta ketrampilan untuk melakukan penelitian dan memberikan intervensi kepada masyarakat. Tenaga ini merupakan ujung tombak terdepan dalam pencegahan.

Wacana pembentukan program studi DLP tentu menimbulkan tanda tanya besar. Apakah selama ini petugas fungsional ini tidak bisa bekerja secara optimal? Sehingga diperlukan nafas baru dalam promosi kesehatan di fasilitas kesehatan primer. Muncul juga pertanyaan besar lainnya, bagaimana dengan tugas dokter untuk memberikan pelayanan kesehatan? Ataupun apabila diberikan pada orang yang berbeda, bagaimana dengan tugas dan kinerja penyuluh kesehatan masyarakat ke depan?

Program studi DLP akan menerima dokter umum untuk melanjutkan studinya seperti halnya dokter spesialis, hal ini tentu akan memerlukan waktu, tenaga dan dana yang tidak sedikit dalam mencapai titik optimalnya.

Apabila kita menilik Petugas Penyuluh Kesehatan Masyarakat, mereka sudah berada di lapangan, bahkan hampir di setiap Puskesmas tersedia. Petugas penyuluh kesehatan merupakan tenaga kesehatan yang mendapatkan diklat jabatan fungsional penyuluh kesehatan, tentu akan lebih baik apabila mengoptimalkan tugas mereka.

Promosi kesehatan tentunya bukan monopoli petugas penyuluh kesehatan, tapi mengoptimalkan mereka atau menambah tenaga baru tentu merupakan hal yang harus dipertimbangkan secara matang. Karena perlu kita sadari dengan promosi kesehatan yang lebih kuat maka kita bisa meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan mencegah terjadinya penyakit dengan perubahan perilaku yang lebih sehat.

Keterangan:

1) Dimuat di Harian Pagi Jawa Pos, Edisi 20 Juni 2016
2) Ketua Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Dokter Layanan Primer,
Solusi Murah yang *Nggampangke*

Agung Dwi Laksono

Pro-kontra tentang peluncuran program pendidikan Dokter Layanan Primer oleh Kementerian Kesehatan sepertinya sedang hangat-hangatnya. Tak kurang dua opini telah hadir sebelumnya di Jawa Pos, “Menyorot Rencana Program Dokter Layanan Publik” (Jawa Pos, 20/6), dan “Program Dokter Layanan Primer dan Isomorfisme” (Jawa Pos, 22/2016).

Kebijakan yang didukung penuh oleh Kementerian Kesehatan ini seperti membentur tembok beton. Ikatan Dokter Indonesia (IDI), yang notabene adalah perwakilan profesi dokter, menentang keras kebijakan ini.

Menciptakan Superman

Sudah seharusnya sebagai sebuah bangsa, kita memang tidak hanya melihat dengan kacamata 'kota' atau 'Jawa-Bali' saja. Pada kenyataannya, di luar sana masih banyak wilayah yang tidak tersentuh oleh pelayanan kesehatan.

Kacamata yang dipakai oleh Kementerian Kesehatan adalah kacamata sistem. Melihat secara luas kebutuhan masyarakat atas pelayanan kesehatan. Dan kenyataannya memang ketersediaan pelayanan kesehatan hanya menumpuk pada lokasi-lokasi tertentu saja. Masih banyak tersisa wilayah-wilayah di republik ini yang butuh kehadiran pemerintah dalam hal bidang kesehatan.

Banyak sekali Puskesmas di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan yang minim kehadiran tenaga kesehatan. Sebuah Puskesmas di Pegunungan Bintang-Papua dikepalai oleh seorang perawat lulusan SPK yang setara SLTA, dan ternyata dia sendirian di Puskesmas tersebut.

Kader kesehatan yang notabene lulusan atau bahkan tidak lulus sekolah dasar dilatih untuk mampu memberikan

obat di Distrik Bokondini-Tolikara-Papua. Dan masih banyak lagi kisah serupa dari setiap pojokan di negeri ini.

Sepertinya Kementerian Kesehatan sedang berupaya untuk menciptakan superman khusus di bidang kesehatan. Bagaimana tidak? Dokter Layanan Primer sepertinya akan mengatasi seluruh upaya pelayanan kesehatan, dari hulu sampai hilir, akan menjalankan fungsi beberapa petugas kesehatan, mulai dari preventif-promotif-kuratif-rehabilitatif, *all in*.

Menurut saya, sepertinya kebijakan Dokter Layanan Primer ini memang terlihat cukup masuk akal. Dokter Layanan Primer adalah solusi praktis termurah untuk mengatasi kecukupan pelayanan kesehatan yang masih banyak bolong-bolong di negeri yang luasnya *naudzubillah* ini.

Pendekatan terbaik pelayanan kesehatan memang seharusnya *team based*. Kerjasama antara berbagai tenaga kesehatan, antara medis yang menangani kuratif-rehabilitatif dan kesehatan masyarakat yang menangani preventif-promotif. Tetapi tentu saja pendekatan seperti itu butuh biaya cukup besar untuk mewujudkannya menjadi sesuatu kondisi yang ideal.

Pilihan kebijakan untuk menghadirkan *one man show,* Dokter Layanan Primer, adalah sebuah pilihan yang praktis, murah dan masuk akal. Bayar satu untuk beberapa fungsi. Faktor kecepatan sangat dibutuhkan untuk dapat memenuhi

target dengan segera. Apalagi target tersebut juga terkait untuk memenuhi kebutuhan pelayanan BPJS Kesehatan.

Kebijakan yang *Nggampangke*

Solusi kebijakan yang diambil dengan menciptakan Dokter Layanan Primer memang terlihat praktis, murah dan cepat! tapi terkesan *nggampangke*, terlalu menganggap mudah.

Sebelum IDI menentang kebijakan program pendidikan Dokter Layanan Primer, jauh sebelumnya, mereka sudah berteriak bahwa keberadaan tenaga dokter di Indonesia ini sudah cukup.

Secara proporsi dibanding dengan jumlah penduduk sudah terpenuhi. Tidak perlu lagi membuka kelas-kelas baru pendidikan kedokteran. Yang masih bermasalah hanya pada soal distribusinya. Para dokter banyak menumpuk di perkotaan dan daerah-daerah tertentu yang masyarakatnya dinilai mempunyai perekonomian cukup bagus, mampu bayar.

Seharusnya kebijakan yang diambil bukan sekedar kebijakan praktis jangka pendek, tetapi juga memikirkan dampaknya dalam jangka panjang. Kebijakan yang diambil seharusnya yang berdampak pada redistribusi penumpukan para tenaga dokter tersebut. Bukan sekedar menambah jumlah tenaga dokter.

Kementerian Kesehatan sudah sepatutnya memikirkan instrumen kebijakan jangka panjang. Instrumen kebijakan yang bisa menjadi penyeimbang daya tarik antar wilayah, sehingga tenaga dokter tidak hanya menumpuk pada daerah yang surplus, tetapi mendorong untuk terdistribusi pada wilayah-wilayah lain yang dinilai kering.

Kebijakan jenis ini memang sangat berat, cenderung membutuhkan waktu lama bila dibanding dengan kebijakan Dokter Layanan Primer yang instant. Tetapi bukankah memang itu tugas pemrintah?

IDI sebagai perwakilan profesi dokter sepertinya sudah berhitung bahwa 'kecukupan' dokter untuk melakukan 'segalanya' sangat tidak mungkin. Menjalankan kompetensi medis saja, bila dilakukan dengan benar, masih akan kekurangan waktu bila dilakukan secara *single fighter* di sebuah Puskesmas. Apalagi bila tenaga dokter masih dibebani dengan tugas lain. Belum lagi ternyata merangkap jabatan sebagai kepala Puskesmas. Sepertinya kehadiran Dokter Layanan Primer hanya akan 'ada' secara fisik, tetapi pada akhirnya akan banyak fungsi pelayanan kesehatan yang terbengkalai.

Tentu saja kebijakan program pendidikan Dokter Layanan Primer ini pilihan yang mudah dan menggembirakan bagi Kementerian Kesehatan. Nantinya Kementerian Kesehatan bisa berdalih, bahwa kewajiban menyediakan pelayanan kesehatan sudah terpenuhi di setiap wilayah.

Tetapi lagi-lagi target untuk benar-benar menyehatkan masyarakat menjadi terpinggirkan.

Keterangan:

1) Dimuat di Harian Pagi Jawa Pos, 23 Juni 2016
2) Peneliti pada Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI.

Debora dan Tragedi Kemanusiaan di Indonesia

Rachmad A. Pua Geno

Beberapa hari ini, berita utama di beberapa surat kabar nasional menampilkan berita duka yang dialami bayi Debora yang baru berusia 4 bulan. Debora meninggal setelah RS Mitra Keluarga Kalideres menolak merawatnya ke PICU (*pediatric intensive care unit*) karena alasan biaya (JP, 12/08/2017). Koran Jawa Pos menyebut kasus Debora sebagai tragedi kemanusiaan.

Respon yang bernada mengecam bermunculan, ketua MPR RI hingga anggota DPR komisi IX bahkan mendesak Menkes RI untuk memberikan sanksi kepada pihak RS.

Bila kita telusuri dan membaca situasi kondisi kesehatan di Indonesia yang lebih luas, ternyata akan mendapatkan suatu gambaran yang mungkin jauh lebih memprihatinkan.

Status Gizi Balita

Berdasarkan hasil pemantauan status gizi tahun 2015, yang dirilis Kementerian Kesehatan RI, masalah gizi pada anak berusia di bawah lima tahun masih tinggi. Hanya Provinsi Bengkulu yang tidak mempunyai masalah gizi masyarakat sesuai standar WHO. Dari 496 kab/kota, hanya 9 kab/kota (1,8%) yang tidak memiliki masalah gizi masyarakat, 63 kab/kota (12,7%) mempunyai masalah gizi akut, 20 kab/kota (4%) mempunyai masalah gizi kronis, dan 404 kab/kota (81,5%) mempunyai masalah gizi akut-kronis. Berdasarkan 3 indikator (Berat Badan/Umur, Tinggi Badan/Umur, BB/TB) Indonesia masih mengalami masalah gizi masyarakat.

Berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013, terkait dengan proporsi angka balita pendek dan sangat pendek (*stunting*) mencapai angka pada kisaran 37,2%. Persentase balita pendek dan sangat pendek ini meningkat bila dibandingkan dengan hasil survei

Riskesdas pada tahun 2010 (35,6%), dan tahun 2007 (36,8%). Artinya tidak menunjukkan perbaikan yang signifikan. Persentase tertinggi pada tahun 2013 adalah di Provinsi Nusa Tenggara Timur (51,7%), Sulawesi Barat (48,0%) dan Nusa Tenggara Barat (45,3%).

Menurut WHO, prevalensi balita pendek menjadi masalah kesehatan masyarakat jika prevalensinya 20% atau lebih. Bandingkan dengan beberapa negara tetangga, prevalensi balita pendek di Indonesia tertinggi dibandingkan Myanmar (35%), Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) dan Singapura (4%) (UNSD, 2014).

Global Nutrition Report tahun 2014 menunjukkan Indonesia termasuk dalam 17 negara, di antara 117 negara, yang mempunyai tiga masalah gizi yaitu *stunting, wasting* dan *overweight* pada balita.

Indikator pendek dan sangat pendek pada balita dihitung berdasarkan tinggi badan menurut umur (TB/U). Indikator ini menggambarkan status gizi yang sifatnya kronis, muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena higiene dan sanitasi yang kurang baik.

Mengatasi masalah *stunting* tidak bisa hanya diselesaikan dengan memberikan makanan tambahan pada balita, karena justru memancing timbulnya masalah lain, obesitas. Upaya paling rasional adalah pencegahan. Mencegah supaya generasi berikutnya tidak menjadi

stunting. Pendekatan multisektoral menjadi mutlak dilakukan. Kementerian yang membidangi pendidikan, pertanian, ekonomi, sarana-prasarana dan kesehatan harus duduk bersama untuk menyelesaikan.

AKI dan AKB

Angka kematian ibu dan angka kematian bayi (AKI dan AKB) merupakan indikator penting dalam pembangunan di suatu negara. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menyebutkan bahwa AKI di Indonesia adalah 359 per 100 ribu kelahiran hidup, sementara target global MDGs ke-5 adalah menurunkan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Artinya kita gagal mencapai target tersebut.

Hal yang sama dengan data Angka kematian bayi (AKB) di Indonesia yang masih jauh dari angka target MDGs, yaitu AKB tahun 2015 sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup, sesuai data SDKI 2012, AKB adalah 32 per 1000 kelahiran hidup. Bandingkan dengan capaian negara ASEAN seperti Singapura (3 per 1000 kelahiran hidup), Malaysia (10 per 1000 kelahiran hidup), Vietnam (18 per 1000 kelahiran hidup), dan Thailand (20 per 1000 kelahiran hidup).

Jaminan Kesehatan Nasional

Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (Persakmi) menyadari bahwa program JKN merupakan kebijakan yang lebih mengedepankan pelayanan kesehatan kuratif-rehabilitatif yang bersifat perorangan. Akan terjadi *booming* permasalahan kesehatan apabila kebijakan JKN tersebut jika tidak diimbangi dengan pelaksanaan program promotif dan preventif.

Pemerintah harus mengembalikan Puskesmas pada fungsi pokoknya, yaitu sebagai Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang berorientasi preventif dan promotif. Karena dikhawatirkan, dengan telah diterapkannya Puskesmas sebagai pintu pelayanan pertama JKN, Puskesmas akan semakin mengedepankan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat kuratif.

Bercermin dari telaah diatas, sejatinya, tragedi kemanusiaan kesehatan di Indonesia telah terjadi di depan mata. Bagaimana pendapat Anda?

Keterangan:

1) Sekjen Pengurus Pusat Persakmi.

Belajar Bersikap Adil pada Kasus Debora

Agung Dwi Laksono

Tiga hari terakhir semua media nasional dihebohkan dengan meninggalnya anak Tiara Debora Simanjorang di Rumah Sakit Mitra Keluarga Kalideres Jakarta (RSMK). Media massa nasional dan juga anggota DPR, seperti berjamaah dan larut untuk menyayangkan dan menyesalkan (baca 'menyalahkan') pihak Rumah Sakit.

Hal yang (akhirnya) diamini oleh Kementerian Kesehatan RI, seperti tercantum dalam meme gambar pernyataan Menteri Kesehatan yang disebar oleh Biro Komunikasi Kementerian Kesehatan, *"Kami berduka cita atas*

berpulangnya ananda Tiara Debora Simanjorang dan menyesalkan adanya keluhan penolakan pasien dari RS yang dikaitkan dengan permintaan uang muka".

Lebih jauh lagi, vonis bersalah langsung dibebankan pada RSMK tanpa keraguan. Anggota DPR menuntut agar izin RSMK dicabut.

Mencabut izin operasional RSMK sama saja dengan membebankan semua kesalahan pada RSMK. Padahal pemerintah dan pemerintah daerah juga 'ada' kontribusi dalam kasus ini.

Bila mau bersikap adil untuk pihak pasien, kita juga harus bisa bersikap adil pada pihak Rumah Sakit, termasuk bersikap adil pada pihak pemerintah dan pemerintah daerah.

Apakah pelayanan gawat darurat RSMK belum cukup?

Dalam UU nomor 44/2009 Pasal 6 ayat 1 (b) menyatakan, *"Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab untuk menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan";* dan Pasal 6 ayat 1 (h) berbunyi, *"Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab untuk menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di Rumah Sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa".*

Dalam banyak kasus gawat darurat mekanisme ini tidak berjalan. Kalaupun berjalan tidak bisa sesuai dengan

standard dan perhitungan biaya versi Rumah Sakit, terutama Rumah Sakit swasta.

Sedang dalam Pasal 29 ayat 1 (c) menyatakan, *"Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya";* dan Pasal 29 ayat 1 (e) menyatakan, *"Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu"*.

Menurut pengakuan pihak RSMK dalam *press release, "Kami sudah melakukan semua upaya tidakan medis secara optimal untuk menyelamatkan jiwa anak Tiara Debora. Tindakan ini akan kami berikan kepada semua pasien yang kami terima di IGD"*.

Dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit tersebut, pasal tentang kewajiban menjamin pembiayaan oleh pemerintah dan pemerintah daerah lebih dahulu muncul (pasal 6), dibanding pasal tentang kewajiban Rumah Sakit menyediakan pelayanan kegawatdaruratan dan pelayanan bagi masyarakat miskin (pasal 29). Artinya, ada kewajiban pemerintah dan pemerintah daerah yang harus lebih dulu dilaksanakan sebelum menuntut kewajiban pihak Rumah Sakit.

Fakta empiris di lapangan, seperti pada kasus anak Tiara Debora, seringkali Rumah Sakit dipaksa untuk melayani terlebih dahulu. Sementara berdasarkan pengalaman, tidak ada garansi atau jaminan biaya yang betul-betul ditanggung

dan dibiayai oleh pemerintah dan pemerintah daerah, apalagi secara penuh.

Dalam Undang-Undang tersebut dan juga pejelasannya, tidak ada batasan tentang sejauh mana Rumah Sakit wajib menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Apakah biaya di ruang *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU) yang mencapai 19 juta lebih itu masuk dalam batasan tersebut? Apakah pelayanan kegawatdaruratan yang dilakukan pada Debora oleh pihak RSMK belum cukup?

Ada pekerjaan rumah di sini yang harus diselesaikan. Pemerintah harus duduk bersama dengan pihak Asosiasi Rumah Sakit untuk menyepakati hal tersebut.

Solusi pelayanan minimal

Belajar dari kasus meninggalnya anak Tiara Debora Simanjorang, pemerintah DKI berencana memaksa semua Rumah Sakit di wilayahnya untuk ikut BPJS. Artinya, pemerintah memaksa semua Rumah Sakit ikut mekanisme pembiayaan BPJS, harus ikut semua standard pelayanan BPJS. Meski seringkali tidak sesuai dengan misi dan standard (kenyamanan) pelayanan yang dipilih oleh Rumah Sakit, terutama Rumah Sakit swasta.

Pilihan segmen pelayanan RS seringkali tidak hanya soal menyembuhkan dan mempertahankan hidup, tapi juga

soal kenyamanan pelayanan. Adalah hak pihak Rumah Sakit untuk memilih segmen pasarnya sendiri.

Meski demikian, memaksa semua RS untuk ikut BPJS, adalah solusi terbaik yang bisa diupayakan. Setidaknya sudah ada jaminan pembiayaan untuk "pelayanan minimal" yang harus diberikan oleh pihak Rumah Sakit untuk, termasuk oleh Rumah Sakit yang memilih segmen premium dalam pelayanannya.

Pelayanan minimal yang akan ditanggung BPJS adalah pelayanan dasar untuk pasien agar bisa bertahan hidup, bukan soal pelayanan dengan kenyamanan yang telah dipilih oleh Rumah Sakit untuk segmen pasarnya. Tentu saja, bila jaminan pembiayaan lebih dari sekedar bertahan hidup sungguh sangat diharapkan.

Keterangan:

1) Dimuat di selasar.com pada 20 September 2017
2) Peneliti pada Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.